

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DENISE JORGE MUNHOZ DA ROCHA

GERENCIAMENTO DE RISCOS EM HOSPITAL

CURITIBA
2013

DENISE JORGE MUNHOZ DA ROCHA

GERENCIAMENTO DE RISCOS EM HOSPITAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

CURITIBA
2013

Rocha, Denise Jorge Munhoz da
Gerenciamento de riscos em hospital / Denise Jorge Munhoz da
Rocha – Curitiba, 2013.
144 f. : il.(algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Lilian Daisy Gonçalves Wolff
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1. Segurança do paciente. 2. Qualidade da assistência à saúde.
 3. Gestão da qualidade. 4. Gerenciamento de risco. 5. Erro médico.
- I. Wolff, Lilian Daisy Gonçalves. II. Universidade Federal do Paraná.
. III. Título.

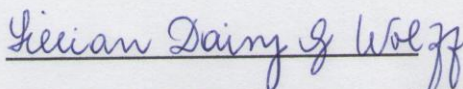
CDD 610.73

TERMO DE APROVAÇÃO

DENISE JORGE MUNHOZ DA ROCHA

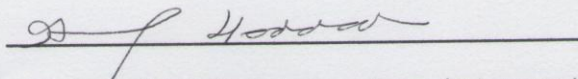
GERENCIAMENTO DE RISCOS EM HOSPITAL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



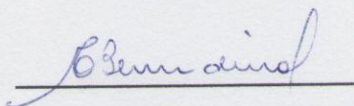
Presidente da Banca: Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Universidade Federal do Paraná



Membro Titular: Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad

Universidade Estadual de Londrina



Membro Titular: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Bernardino

Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 24 de Julho de 2013.

À minha filha Isabel, amor da minha vida, e motivo principal da vontade de crescer e ser melhor.

Ao meu pai Vicente, pelos princípios ensinados e modelo de retidão de comportamento.

À minha mãe Vera, pelo eterno estímulo à minha independência, não tem um dia que não pense em você.

Ao Tarcisio, pelo tempo que convivemos e tanto aprendi.

Aos meus irmãos Claudia, André e Bruno, meu amor por vocês facilita a minha caminhada.

Ao Marco, por acreditar em mim e me incentivar.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora Prof.^a Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, pela competência, profissionalismo e paciência. Muito obrigada pela convivência e por me mostrar um mundo novo e cheio de oportunidades.

À Prof.^a Dra. Aida Maris Peres, pela coragem de assumir o desafio de ser a primeira Coordenadora do Mestrado Profissional.

Aos professores do Mestrado Profissional, por todo empenho e dedicação.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade e contribuições.

À minha amiga Leila Soares Seiffert, pelo estímulo ao meu aprendizado e crescimento.

Às minhas colegas do Mestrado Adriana, Christiane, Regina, Sílvia e Taniclaer, pelo apoio, pelo tanto que aprendemos e o tempo em que convivemos.

Aos colegas do HC/UFPR, em especial aos membros da Comissão de Acreditação Hospitalar, do Comitê da Qualidade, dos Grupos Internos da Qualidade e da Assessoria de Gestão da Qualidade, por tornarem este trabalho possível e compreenderem as minhas ausências.

Aos colegas Elaine, Élide, Christiane, Danúbia, Núbia, Marleisa, Solange e Leônidas, por participarem comigo nesta caminhada tão importante.

A todos que, anonimamente, me ajudaram com palavras de estímulo e bons pensamentos.

A Deus, pela minha vida!

“Pode parecer um princípio estranho anunciar como requisito básico, em um hospital, que não se deve causar dano ao paciente”.
(NIGHTINGALE, 1863).

RESUMO

A segurança do paciente constitui um desafio na área da saúde. Estudos internacionais apontam um cenário de erros e eventos adversos que, com frequência, põem fim às expectativas de cura de um paciente. Há mais de uma década as organizações envidam esforços a fim de aprimorar a qualidade da assistência. Muitas são as estratégias e iniciativas mundialmente propostas. Cada instituição possui uma realidade singular, e, somente mediante conhecimento do seu nível de segurança tornam-se possíveis mudanças concretas que modifiquem o contexto de inseguranças. É imprescindível que haja um método estruturado, de tal forma que possibilite um diagnóstico das incertezas da realidade e respectivos planos de ação. Para que a segurança na assistência seja, de fato, vivenciada é necessário que haja uma cultura de segurança consolidada. Este estudo teve por objetivos: descrever e analisar o Programa de Segurança do Paciente no Hospital de Clínicas da Universidade Federal Paraná (HC/UFPR); desenvolver um processo de consultoria interna em uma unidade assistencial, com foco na segurança do paciente; assim como analisar a sua efetividade na prática do gerenciamento de riscos pelos sujeitos. Desenvolveu-se em duas etapas metodológicas. A primeira constituiu-se de uma pesquisa documental junto à Assessoria de Gestão da Qualidade, e a segunda se referiu a uma pesquisa participante, com abordagem qualitativa, em que foi realizada uma consultoria interna junto ao Serviço de Clínica Médica Masculina (CMM), com oito profissionais da Unidade de Clínicas Médicas (UNICLIN), pertencentes a diferentes categorias profissionais. O processo de consultoria interna foi baseado no Modelo de Consultoria Interna para Gestão da Qualidade (MCIGQ) de Seiffert (2011), com acréscimo de duas etapas propostas por Oliveira (2010), referentes ao acompanhamento de resultados, avaliação e conclusão. O método do gerenciamento de riscos adotado na instituição foi analisado sob a ótica da legislação brasileira sobre segurança do paciente. Revela-se como um processo dinâmico, progressivo, com tendências à inovação e acompanhamento do conhecimento na área em nível nacional e internacional. A consultoria interna constituiu-se de um processo participativo, com o uso da problematização como opção pedagógica, com estratégias que possibilitaram a construção coletiva do conhecimento, incentivando os participantes a enxergarem a realidade sob novas perspectivas, a fim de que se percebessem capazes de transformá-la. Das 15 ações propostas para transformar a realidade da segurança na CMM, nove foram realizadas, quatro sofreram mudanças nas propostas iniciais, mediante redirecionamento, e duas não foram implantadas. O processo de consultoria realizado revelou-se passível de aplicação em demais instituições/serviços/unidades com fragilidade no gerenciamento de riscos, como uma estratégia de educação permanente.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Qualidade da Assistência à Saúde. Gestão da qualidade. Gerenciamento de Risco. Erro médico.

ABSTRACT

Patient safety is a challenge in healthcare. International studies indicate a scenario of errors and adverse events that often puts an end to the expectations of healing a patient. For over a decade organizations are making efforts to improve the quality of care. Many strategies and initiatives are worldwide proposed. Each institution has a singular reality, and only with the knowledge of its safety level, concrete changes that modify the context of unsafe conditions become possible. It is essential to have a structured method, so that allows a diagnosis of the uncertainties of reality and their improvement plans. To improve, in fact, the quality of care, is demanded a safety culture. This study aimed to describe and analyze the Patient Safety Program at Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC / UFPR), developing a process of internal consultation in a care unit, with a focus on patient safety, as well as analyzing its effectiveness in the practice of the risk management by the members of a group. Two methodological steps were developed. The first consisted on a documentary research at the Office of Quality Management, and the second referred to a participant research, with a qualitative approach, which was performed by the use of an internal consultancy process at the Serviço de Clínica Médica Masculina (CMM) with eight professionals that develop their activities at Unidade de Clínicas Médicas (UNICLIN), belonging to different professional categories. The process of internal consultation was based on the Model of Internal Consulting for Quality Management (MCIGQ) Seiffert (2011), increased by two steps proposed by Oliveira (2010) for monitoring results, evaluation and conclusion. The method of risk management adopted in the institution was analyzed from the standpoint of the National Patient Safety Program. The program of risk management, at this hospital, reveals itself dynamic, progressive, with innovation and monitoring trends in knowledge nationally and internationally. The internal consultancy consisted of a participatory process with the use of questioning as a pedagogical strategy that allowed the collective construction of knowledge, encouraging participants to see the reality by themselves from new perspectives, so that if they found themselves able to transform it. Of the 15 proposed actions to transform the safety reality in CMM, nine had been made, four proposals were changed from its original plan, and two had not been developed. The results indicate that it can be applied in other institutions / departments / units that are identified as areas with potential for improvement in patient safety.

Key words: Patient Safety. Quality of Health Care. Hospital. Quality management. Risk Management. Medical Errors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – PLANEJAMENTO PEDAGÓGICO DAS OFICINAS DA CONSULTORIA INTERNA, ETAPAS, ATIVIDADES, ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA E PRODUTO ESPERADO (CONTINUA)	53
QUADRO 2 – PROJETOS ESTRATÉGICOS DO HC/UFPR, SEGUNDO AS PERSPECTIVAS DE PROCESSOS INTERNOS E DE APRENDIZADO E CONHECIMENTO, 2012- 2015.....	70
QUADRO 3- SÍNTESE DESCRITIVA DAS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS REALIZADAS NO HC/UFPR NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, 2007- 2012	71
QUADRO 4 – COMPARATIVO ENTRE AS ESTRATÉGIAS DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO HC/UFPR (2003-2012) E AS PROPOSTAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE (CONTINUA)	73
QUADRO 5 – SÍNTESE DO ENCONTRO PRELIMINAR, HC/UFPR, 2013.....	77
QUADRO 6 – SÍNTESE DA OFICINA DE OBSERVAÇÃO DA REALIDADE PRIMEIRO ENCONTRO, HC/UFPR, 2013	79
QUADRO 7 – SÍNTESE DA OFICINA DE OBSERVAÇÃO DA REALIDADE SEGUNDO ENCONTRO, HC/UFPR, 2013.....	81
QUADRO 8 – SÍNTESE DA OFICINA DE DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE PRIMEIRO ENCONTRO, HC/UFPR, 2013	82
QUADRO 9 – SÍNTESE DA OFICINA DE DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE SEGUNDO ENCONTRO, HC/UFPR, 2013.....	84
QUADRO 10 – SÍNTESE DA OFICINA DE DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE TERCEIRO ENCONTRO, HC/UFPR, 2013.....	86
QUADRO 11 – SÍNTESE DA OFICINA DE TEORIZAÇÃO, HC/UFPR, 2013.....	89
QUADRO 12 – HIPÓTESES DE SOLUÇÃO A PARTIR DOS PROBLEMAS DA REALIDADE E MEDIDAS FACTÍVEIS, HC/UFPR, 2013	91
QUADRO 13 – SÍNTESE DA OFICINA DAS HIPÓTESES DE SOLUÇÃO, HC/UFPR, 2013	92
QUADRO 14 – SÍNTESE DA OFICINA DE APLICAÇÃO À REALIDADE, HC/UFPR, 2013	94
QUADRO 15 – DEMONSTRATIVO DO ACOMPANHAMENTO DA APLICAÇÃO DAS HIPÓTESES DE SOLUÇÃO À REALIDADE, HC/UFPR, 2013.....	97
QUADRO 16 – CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DAS DIFERENTES ETAPAS DA CONSULTORIA INTERNA, HC/UFPR, 2013.....	100
QUADRO 17 – FRAGMENTOS DA RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS DE AUTOAVALIAÇÃO RESPONDIDAS PELOS PARTICIPANTES DO GRUPO	101

LISTA DE TABELAS

TABELA 1– FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE NOTIFICAÇÕES REALIZADAS NA UNICLIN E NA CMM, HC/UFPR, 2013	98
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTA E RELATIVA DA PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS NOS ENCONTROS DA CONSULTORIA INTERNA, DE ACORDO COM A SUA CATEGORIA PROFISSIONAL E MÉDIA DE PARTICIPAÇÃO EM CADA ENCONTRO, HC/UFPR, 2013	99

LISTA DE SIGLAS

ACR – Análise de Causa-raiz
AGQ – Assessoria da Gestão da Qualidade
AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*
CAH – Comissão de Acreditação Hospitalar
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CISD – Classificação Internacional de Segurança do Doente
CMM – Clínica Médica Masculina
CQ – Comitê da Qualidade
DE – Direção de Enfermagem
EA – Evento Adverso
GIQ – Grupo Interno da Qualidade
GR – Gerenciamento de Riscos
HC – Hospital de Clínicas
HC/UFPR – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
HFMEA – *Healthcare Failure Mode Effects and Analysis*
HS – Hospital Sentinela
HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*
ICPS – *International Classification for Patient Safety*
IHI – *Institute for Healthcare Improvement*
IOM – *Institute of Medicine*
MBA – Manual Brasileiro de Acreditação
MCIGQ – Modelo de Consultoria Interna para Gestão da Qualidade
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONA – Organização Nacional de Acreditação
PE – Plano Estratégico
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP – Procedimento Operacional Padrão
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UNICLIN – Unidade de Clínicas Médicas
WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS	20
1.2	JUSTIFICATIVA	20
1.3	ESTRUTURA DO DOCUMENTO	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	PRINCÍPIOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE	22
2.1.1	A diversidade de conceitos e terminologias	22
2.1.2	A cultura de segurança.....	27
2.1.3	Abordagem do erro.....	29
2.2	GERENCIAMENTO DE RISCOS.....	34
2.2.1	Métodos para medir erros e eventos adversos	34
2.2.2	Métodos de investigação de eventos adversos	41
3	MÉTODO	45
3.1	TIPO DE ESTUDO	45
3.2	A ESCOLHA DO MÉTODO DA PESQUISA PARTICIPANTE	46
3.3	LOCAL DO ESTUDO	48
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	49
3.5	PARTICIPANTES DA PESQUISA	50
3.6	COLETA DE DADOS	51
3.6.1	Pesquisa documental	51
3.6.2	Pesquisa Participante – Consultoria interna	51
3.7	ANÁLISE DE DADOS	57
3.7.1	Pesquisa documental	57
3.7.2	Pesquisa participante – Consultoria interna	57
4	RESULTADOS	58
4.1	O PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	58
4.1.1	A etapa preliminar de diagnóstico	58
4.1.2	Primeira etapa de planejamento.....	60
4.1.3	Etapa de sensibilização/capacitação da comunidade hospitalar.....	62
4.1.4	Segunda etapa do planejamento.....	64
4.1.5	Etapa de notificação, investigação e monitoramento de indicadores	65
4.1.6	Desenvolvimento do ciclo de melhoria	68
4.2	PROCESSO DE CONSULTORIA.....	76
4.2.1	O encontro preliminar	76
4.3	OFICINA DE OBSERVAÇÃO DA REALIDADE.....	77
4.3.1	Primeiro encontro	78
4.3.2	Segundo encontro	80
4.4	OFICINA DE DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE	81
4.4.1	Primeiro encontro	81
4.4.2	Segundo encontro	82

4.4.3 Terceiro encontro	84
4.5 OFICINA DA TEORIZAÇÃO	87
4.6 OFICINA DAS HIPÓTESES DE SOLUÇÃO.....	89
4.7 OFICINA DA APLICAÇÃO À REALIDADE	92
4.8 OFICINA DAS ETAPAS ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO E CONCLUSÃO	95
5 DISCUSSÃO	103
5.1 A COMPOSIÇÃO DO GRUPO.....	103
5.2 ABORDAGEM DO ERRO - CULTURA JUSTA	104
5.3 NOTIFICAÇÃO	106
5.4 A VULNERABILIDADE AO ERRO DIANTE DA FALIBILIDADE HUMANA....	106
5.5 A CULTURA DE SEGURANÇA	108
5.6 ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	109
5.6.1 Prevenção de Queda	110
5.6.2 Prevenção de erros relativos a medicamentos	111
5.6.3 Prevenção de erros de identificação do paciente.....	112
5.6.4 Prevenção de erros relacionados a processos de comunicação	113
5.6.5 Prevenção de erros devido a condições latentes desfavoráveis na estrutura organizacional	115
5.7 A EFETIVIDADE DO PROCESSO DE CONSULTORIA INTERNA NA PRÁTICA DO GERENCIAMENTO DE RISCOS	117
6 CONCLUSÃO	121
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICE.....	139
ANEXO	142

1 INTRODUÇÃO

Em vez de serem os causadores de um acidente, os operadores tendem a ser os herdeiros dos defeitos dos sistemas; a parte deles é comumente a de adicionar o toque final a uma mistura letal, cujos ingredientes já estão cozinhando há muito tempo. (REASON, 1990)

Considerado marco do moderno movimento para segurança do paciente, o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), publicado no final de 1999 pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, trouxe à tona a dramática realidade dos erros e eventos adversos na área da assistência à saúde. O relatório resultou de dois grandes estudos realizados nos estados de Colorado, Utah e Nova Iorque, a partir da revisão de milhares de prontuários de pacientes (WACHTER, 2010).

Os estudos expõem dados assustadores, revelando o cruel cenário americano, no qual entre 44.000 a 98.000 habitantes morrem, a cada ano, vítimas de erros relacionados à assistência à saúde. Os achados apontam para a ocorrência de 2,9% de eventos adversos relacionados às hospitalizações nos estados de Colorado e Utah, e 3,7% no de Nova Iorque, sendo que 6,6% e 13,6% desses eventos, respectivamente, incorreram em óbito do paciente, e mais da metade dos eventos foram causados por erros considerados evitáveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Na época da publicação do relatório, o número de mortes relacionadas a eventos adversos foi considerado a oitava causa de morte entre americanos, superando os acidentes automobilísticos, o câncer de mama e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Tornou-se uma questão de saúde pública compreender a situação e realizar mudanças radicais nos modelos assistenciais vigentes, com vistas à segurança do paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Os eventos se relacionavam a diversas etapas do processo terapêutico, incluindo situações que, à primeira vista, pareciam erros grosseiros e impossíveis de ocorrer. Os erros se relacionavam tanto ao uso de sofisticadas tecnologias como a erros cirúrgicos, a exemplo de esquecimento de corpos estranhos no paciente; erros relacionados a medicamentos; problemas de comunicação; falhas nos processos de

alta; os quais evidenciaram sérios problemas na segurança do paciente em serviços de assistência à saúde (WACHTER, 2010).

Este marco para a segurança não expõe apenas a triste realidade, mas chama a atenção à necessidade de compreendê-la, desafiando todos os profissionais de saúde à quebra de paradigmas. Um dos pontos em destaque é a abordagem do erro, o entendimento de como e o porquê ele ocorre, tendo como princípio essencial a mudança da cultura da abordagem punitiva para a cultura da abordagem educativa, aquela segundo a qual profissionais discutem e aprendem com os erros, visando não repeti-los. É proposto um novo modelo, que orienta ir além do tratamento superficial do erro, apenas eliminando do cenário o quê é mais visível e fraco, para investigar o quê é mais profundo e difícil, que é a abordagem sistêmica de um evento.

Em 2001 foi publicado o segundo relatório do IOM, intitulado *Crossing the Quality Chasm*, o qual expunha não haver somente uma lacuna entre a qualidade da assistência à saúde desejada e a que de fato ocorria, mas um abismo, e que era necessário cruzar esta distância (IOM, 2001). Muitos são os fatores que contribuem para este abismo, de modo que, com frequência, o cuidado de saúde prejudica os pacientes. Além disso, rotineiramente, os serviços de saúde falham em oferecer seus benefícios potenciais.

Diante do panorama de eventos adversos, danos e riscos aos quais os pacientes estão expostos quando necessitam de qualquer tipo de atendimento, especialistas concluem que a assistência à saúde é definitivamente insegura (LEAPE *et al.*, 2009). Não há consenso sobre a frequência exata dos erros, embora haja estimativas de que uma em cada dez admissões hospitalares leva a um evento adverso, sendo que metade destes é considerada evitável. Aproximadamente, um em cada três eventos adversos causa dano real ao paciente, o qual pode implicar desde o prolongamento de uma hospitalização até o óbito (WACHTER, 2010).

Porém, esta possibilidade de assistência inadequada não é homogênea, de modo que nem todos os pacientes correm o mesmo risco. Pacientes mais graves, submetidos a múltiplos procedimentos e com muito tempo de permanência no hospital estão mais vulneráveis a eventos adversos (WEINGART *et al.*, 2000).

Na realidade brasileira, o estudo de Mendes *et al.* (2009), realizado com dados de 2003 referentes a três hospitais do Rio de Janeiro - RJ, apontou para as seguintes estatísticas: a incidência de pacientes vítimas de eventos adversos foi de

7,6%, sendo que 66,7% dos eventos adversos foram considerados evitáveis. A evitabilidade dos eventos apontados neste estudo foi considerada alta pelo autor, comparando-a com a de estudos internacionais que utilizavam metodologia semelhante. Seus resultados sugerem que os problemas que se referem à segurança do paciente possam ser mais frequentes no Brasil do que em países desenvolvidos. Todavia, cada organização de saúde necessita conhecer o seu perfil de ocorrência de erros e eventos adversos, e somente será possível comparar este perfil com organizações que utilizem os mesmos métodos.

Em abril de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria N°529, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), movido pela necessidade de que se desenvolvam

[...] estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde (BRASIL, 2013a, p.44).

Salienta-se que a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC N° 63 de 25 de novembro de 2011, a qual dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, na Seção II já estabelecia estratégias e ações voltadas à Segurança do Paciente (BRASIL, 2011).

Em 25 de julho de 2013, a ANVISA publicou a RDC 36, que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

Consequentemente, a preocupação de gestores dos serviços de saúde com a segurança deve gerar ações que se concretizem em mudanças neste contexto de inseguranças. Implementar programas de segurança por meio de sistemas de gerenciamento de riscos e de eventos adversos são estratégias que vêm ganhando força no meio hospitalar. Principalmente, em organizações que envidam esforços para melhorar seus processos e buscam obter certificações de qualidade e acreditação hospitalar.

Quando se busca sistemas desenhados para o acerto e que dificultem o erro, muitos conceitos são importados de outras áreas consagradas como seguras, principalmente a da aviação. O impacto de um acidente nesta área causa uma catástrofe que exige providências imediatas, obrigando que haja uma profunda investigação das causas e visando melhorias concretas. Por conseguinte, é comum

observar-se, após a publicação do relatório do IOM (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), a comparação do número de mortes devido a erros na área da saúde com a queda diária de um avião de grande porte. Sendo que, ao se espelhar em outras áreas de produção e serviços, a proposta é de que algumas práticas sejam adotadas, dentre elas, o respeito às regras e protocolos e comunicação entre membros de uma equipe.

O relatório do IOM elevou os níveis de conhecimento e conscientização dos profissionais ligados à área da assistência à saúde acerca de eventos adversos e erros, acelerou as iniciativas governamentais com vistas a sua prevenção e deu origem a muitos outros estudos. Desde então, instituições privadas e governamentais de diversos países envidam esforços mediante a descrição de indicadores, metas nacionais de melhoria e programas voltados à segurança do paciente por meio de campanhas, além do valioso trabalho desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Entretanto, no Brasil os esforços ainda são isolados e pouco consistentes (ZAMBON, 2010).

Neste contexto, as organizações de saúde podem estabelecer políticas cujo foco seja a mudança e sustentação de questões da segurança do paciente, sem o qual dificilmente a assistência à saúde atingirá o nível de segurança de outras indústrias com tradição na área. Todavia, a crescente conscientização da frequência e impacto dos erros na saúde pode criar um imperativo para melhorar a compreensão do problema e criar soluções viáveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Os principais estudos que embasam o conhecimento na área de segurança para o paciente defendem a necessidade de iniciativas e políticas governamentais, ações de grande porte, que são realmente imprescindíveis. Mas, o que se pode fazer com os problemas do cotidiano, que se apresentam e necessitam ser resolvidos de forma imediata?

O conhecimento na área é gerado de forma muito dinâmica e acelerada, sendo difícil para os serviços de saúde o incorporarem em seu cotidiano, com a mesma intensidade. Destaca-se que não há medidas prescritivas gerais a serem seguidas para garantir que um programa para segurança do paciente seja eficaz, tendo em vista que cada realidade é singular.

Mesmo assim, à medida que os conhecimentos, modelos e técnicas inovadoras que visam à segurança do paciente são socializados, podem ser

adaptados e incorporados nos processos de trabalho pelos demais serviços de saúde, superando as suas próprias dificuldades.

Dentro de uma mesma instituição pode haver realidades muito diferentes. O que fazer com os locais que apresentam deficiências? É necessário que se criem estratégias para contingência e intervenção nas áreas que se fragilizam, fazendo uso de metodologias sustentadas, cientificamente, e ao mesmo tempo, viáveis e factíveis.

No caso específico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), desde o ano de 2003, os gestores buscam melhorar a qualidade dos serviços prestados, sendo que este objetivo estratégico concretizou-se a partir da criação da Comissão de Acreditação Hospitalar, com vistas a implantar um Programa de Qualidade. Foi adotado na instituição o Programa de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que faz uso da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) para certificação de Organizações de Saúde.

Em 2010, o HC/UFPR criou a Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ), que incorporou os trabalhos da referida Comissão de Acreditação Hospitalar (CAH), e desenvolve grandes programas: Acreditação Hospitalar; Programa 5S; Hospital Sentinela; Programa de Segurança do Paciente (ROTHBARTH, 2011) e, a partir de 2012, a Gestão de Projetos.

A partir de então, intensificaram-se as ações relacionadas à segurança do paciente, por considerá-la a primeira dimensão da qualidade. Consequentemente, em 2010 iniciou-se a implantação de um Método de Gerenciamento de Riscos, com o objetivo primário de prevenção de erros. Todavia, para que o gerenciamento de riscos se viabilize e a segurança evolua, é imperativo o entendimento de que isto requer uma mudança de cultura.

O desafio maior é sair de uma cultura conformada para uma cultura de segurança, que demanda proatividade e compromisso com a segurança por parte de todos os profissionais que desenvolvem suas atividades em uma organização prestadora de serviços de saúde. Uma das etapas do gerenciamento de riscos envolve a mensuração dos eventos adversos. A AGQ optou, então, pela notificação voluntária e confidencial de eventos adversos e erros, a partir de março de 2011.

Atuando no Programa de Segurança do Paciente no HC/UFPR, como enfermeira, junto à AGQ, sou responsável pelas ações educativas e demais

estratégias para fomentar a cultura de segurança, incluindo o gerenciamento de riscos, compreendendo a notificação, investigação de eventos adversos e erros, bem como a coordenação de políticas para prevenção de eventos. Essas ações e estratégias incluem a realização de oficinas, fóruns, reuniões e consultorias internas, e desde 2010 já contemplaram a maioria dos enfermeiros atuantes no hospital.

Após um ano de implantação de um método de notificação de eventos adversos, o HC/UFPR tem apresentado diferentes percentuais de notificação entre as unidades assistenciais, oscilando entre zero a 40 notificações no mês (HC/UFPR, 2012a). Esta situação foi confirmada após avaliações para diagnóstico e certificação do hospital, em novembro de 2010 e maio de 2011, respectivamente, por instituição avaliadora externa, que apontou que o gerenciamento de riscos necessitava de adesão e ser consolidado por alguns serviços/unidades (IPASS, 2010, 2011).

O núcleo permanente da Assessoria de Gestão da Qualidade definiu como estratégia para solucionar o problema, a realização de oficinas específicas para cada uma das diferentes unidades onde foram identificadas fragilidades na notificação. Porém, os resultados obtidos não corresponderam à necessidade real. Medidas tinham que ser tomadas para que o gerenciamento de riscos na organização fosse realizado de forma mais homogênea entre os serviços/unidades do HC/UFPR.

Parte-se do princípio que em cada unidade assistencial há riscos para a segurança do paciente, portanto há necessidade de seu gerenciamento, que inclua notificação para identificação dos eventos adversos e erros, investigação, aprendizado com os erros e mudança de processos, tornando-os mais seguros. A prática consciente e homogênea do Gerenciamento de Riscos, pelas unidades assistenciais ou administrativas, contribuirá para a consolidação do Programa de Segurança do Paciente no HC/UFPR.

Portanto, o problema desta pesquisa pode ser enunciado na seguinte questão norteadora: **Como consolidar o Programa de Segurança do Paciente do HC/UFPR em áreas assistenciais com baixa adesão às medidas propostas pelo gerenciamento de riscos?**

Para dar uma resposta científica a esta questão, foram definidos os objetivos apresentados a seguir.

1.1 OBJETIVOS

- Descrever o Programa de Segurança do Paciente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
- Analisar o Programa de Segurança do Paciente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná sob a ótica do Programa Nacional de Segurança do Paciente.
- Desenvolver um processo de consultoria interna em uma unidade assistencial com foco no Programa de Segurança do Paciente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.
- Analisar a efetividade do processo de consultoria interna na prática do gerenciamento de riscos pelos participantes.

1.2 JUSTIFICATIVA

A pesquisa configurou-se como inovadora, tendo em vista que nunca foi desenvolvido um estudo similar voltado ao processo de gerenciamento de riscos em unidades assistenciais do HC/UFPR, que possibilitasse informações relevantes à Assessoria de Gestão da Qualidade para a tomada de decisão em relação às melhorias necessárias a esse processo.

Vista de maneira mais abrangente, o desenvolvimento da pesquisa se justificou pela sua possível contribuição à produção do conhecimento e aplicabilidade de estratégias para aperfeiçoamento, e consolidação de programas que visam à segurança do paciente nos serviços de saúde.

1.3 ESTRUTURA DO DOCUMENTO

Este documento está estruturado em sete capítulos. O primeiro é a introdução, ora apresentada. No Capítulo 2, que versa sobre o referencial teórico,

são apresentados os princípios da segurança do paciente e gerenciamento de riscos. O Capítulo 3 trata do método, e no quarto são apresentados os resultados. Seguem a discussão, apresentada no Capítulo 5, e as conclusões e considerações finais se encontram nos capítulos 6 e 7, respectivamente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã. (Leonardo Da Vinci)

O referencial teórico converge para dois temas relacionados à segurança do paciente e aos objetivos desta pesquisa: princípios da segurança do paciente e gerenciamento de riscos.

2.1 PRINCÍPIOS DA SEGURANÇA DO PACIENTE

2.1.1 A diversidade de conceitos e terminologias

Encontra-se na literatura correlata à segurança do paciente uma multiplicidade de terminologias, as quais dificultam o entendimento de determinados conceitos; sendo que, algumas vezes, constituem-se obstáculos para o avanço na área (RUNCIMAN *et al.*, 2009; SHERMAN *et al.*, 2009). Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como vital a padronização de conceitos-chave na área de segurança do paciente.

Em outubro de 2004 a OMS criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, e um de seus propósitos foi desenvolver uma classificação internacional de termos e conceitos a fim de facilitar a descrição, mensuração, monitoramento, análise e interpretação da informação, com vistas a melhorar a assistência. O projeto para desenvolvimento da estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do paciente foi uma das iniciativas-chave do planejamento de trabalho para 2005 da Aliança (SHERMAN *et al.*, 2009).

Em janeiro de 2009, a OMS disponibilizou um relatório técnico denominado *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS)*, cuja intenção foi de harmonizar e agrupar conceitos que favorecessem o aprendizado e a melhoria da segurança (WHO, 2012a). “Foi concebido para oferecer

uma convergência genuína das percepções internacionais dos principais problemas relacionados com a segurança” (OMS, 2011, p.2).

Atualmente, a OMS disponibiliza em seu *site* as versões em inglês, espanhol e português, sendo que esta última foi traduzida pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde de Portugal, em 2011.

Embora não seja considerada uma classificação completa, representa o início de um processo que tende a caminhar para uma padronização internacional de termos e conceitos relevantes na área da segurança. O relatório técnico compõe-se de dez classes, relativas ao tipo de incidente, resultados para o paciente, características do paciente, características do incidente, fatores contribuintes, resultados para organização, detecção, fatores de mitigação, ações de melhoria e ações para reduzir os riscos; bem como de 48 conceitos-chave que foram definidos para facilitar o entendimento e a troca de informações relevantes sobre segurança do paciente. (OMS, 2011).

O ICPS ou CISD¹ oferece um método para organizar os dados e informações relativos à segurança do paciente nos diferentes níveis, proporcionando uma comparação entre eles; analisa os papéis do sistema e fatores humanos correlatos; identifica as questões potenciais; e desenvolve prioridades e soluções à segurança (RUNCIMAN *et al.*, 2009; SHERMAN *et al.*, 2009).

O grupo de especialistas, autores do ICPS, salientou que as dificuldades na linguagem sobre segurança não se restringiam apenas às palavras, mas aos conceitos, ou seja, a compreensão de princípios essenciais da área, concluindo que as definições dos conceitos são importantes, assim como os termos ou designações atribuídas a eles. Sem um entendimento universal acordado, a compreensão continuará muito difícil. A lista de conceitos deve ser compreendida como dinâmica e deverá continuar a crescer com o conhecimento científico na área da segurança do paciente (OMS, 2011).

A Portaria N° 529 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) adota seis conceitos sobre a segurança do paciente. Estes se propõem a esclarecer: segurança do paciente, dano, incidente, evento adverso, cultura de segurança e gestão de risco. As definições relativas aos conceitos estão de acordo com as

¹ Classificação Internacional de Segurança do Doente. A sigla CISD foi atribuída à versão em língua portuguesa (OMS, 2011).

propostas pela WHO (2012a), com exceção da gestão de riscos, que está parcialmente de acordo com o ICPS, o que será abordado na seção 2.2.

Na perspectiva de Wachter (2010), muitos termos utilizados na área de segurança mais confundem do que esclarecem. Todavia, afirma ser essencial diferenciar duas situações. A primeira se refere àquela na qual o paciente que está sendo assistido sofre consequências decorrentes da morbidade/mortalidade frente a sua doença de base; e a segunda é a situação na qual o paciente sofre uma lesão ou dano resultante da assistência à saúde, ou seja, um evento adverso.

O autor distingue eventos adversos como evitáveis e não evitáveis, sendo que a maioria dos evitáveis envolve erros causados pela assistência. Ressalta ainda, que nem todos os erros resultam em danos ao paciente. Isso porque há desvios nos processos de trabalho que nem sempre chegam a atingir o paciente, por terem sido percebidos antes (WACHTER, 2010). Estes esclarecimentos são essenciais para compreensão dos princípios na área de segurança do paciente.

Ao longo deste estudo serão descritos conceitos básicos, disponíveis na literatura nacional e internacional, relacionados à segurança do paciente. Estes se relacionam a evento, segurança do paciente, erro, incidente com dano (evento adverso), risco, *near miss*, falha do sistema, dano, consequências para o paciente, grau de dano, falha do sistema e análise de causa raiz, os quais constituem a lista de definição de 48 conceitos-chave da OMS (2011). Salienta-se que as demais definições e esclarecimentos também estão em consonância com a proposta da WHO (2012a), sendo que foram acrescentadas outras fontes para aprofundá-los (AHRQ, 2013; ONA, 2006, 2010; WACHTER, 2010).

A palavra **evento** se refere a uma ocorrência que aconteceu a um paciente ou que o envolve (WHO, 2012a). Por sua vez **evento adverso** é o termo tradicionalmente utilizado na assistência à saúde no Brasil, porém, a OMS (2011) o considera como sinônimo de “**incidente com dano**”, e que significa um incidente que resulta em dano para o paciente, a mesma definição adotada pela legislação brasileira para área de segurança do paciente (BRASIL, 2013a). Este conceito é o que possui maior número (13) de definições no ICPS (WHO, 2012a).

A **segurança do paciente** é definida como “[...] a redução de risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (OMS, 2011, p.21). A Organização Nacional de Acreditação (2006) esclarece que segurança do paciente é o estado em que o risco de dano a pessoas, decorrente da

assistência à saúde, é reduzido a um nível mínimo aceitável ou abaixo dele, por meio de um sistema de **gerenciamento de riscos**.

Nesta perspectiva, admite-se uma tolerância zero ao risco, e o grande desafio é o de se desenvolver alternativas para os principais problemas identificados como origem da insegurança na assistência, incluindo os desfechos tidos como inevitáveis e inerentes à sofisticada tecnologia para manejo das doenças, ou seja, os desfechos desfavoráveis e estatisticamente explicáveis.

Exemplos que demonstram que é possível romper paradigmas, e comprovam que ações concretas provocam mudanças favoráveis à segurança, são os “*bundles*”, pacotes de medidas desenvolvidos pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) dos Estados Unidos. Salienta-se que no caso dos dois primeiros *bundles* do IHI, que se referem à prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica e da Infecção Associada a Cateter Central, há comprovações de reduções drásticas nas taxas de infecção quando a equipe adere fortemente às medidas propostas (RESAR *et al.*, 2012).

Destaca-se, portanto, que o movimento para segurança do paciente demanda cautela, por parte da organização e de profissionais de saúde, pois, somente depois de aprofundada investigação das causas-raízes dos problemas, decorrentes da assistência à saúde do paciente, pode-se concluir que estes constituíam subprodutos inevitáveis do avanço da medicina.

Por sua vez, **erro** é considerado uma falha na execução de uma ação planejada ou o desenvolvimento incorreto de um plano (OMS, 2011; REASON, 2000).

Quase erro ou *near miss* é um evento ou situação que não produziu lesão ao paciente, mas por um acaso, ou porque foram realizadas intervenções a tempo de evitar o evento. Este tipo de evento poderia causar consequências ao paciente (AHRQ, 2013). Já a OMS utiliza o termo quase evento ou *near miss* e o define como um incidente que não atingiu o paciente (WHO, 2012a).

Evento sentinela é um termo criado pela *Joint Commission* nos Estados Unidos, com a intenção de que um evento grave que viesse a ocorrer fosse comunicado a outras instâncias para avisar sobre o risco (WACHTER, 2010). Não está na definição de conceitos-chave da *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* (ICPS), mas é um termo que compõe a lista de conceitos e referências utilizada no desenvolvimento do ICPS (WHO, 2012a).

Este termo também é utilizado pela ONA (2010), que o esclarece como uma ocorrência inesperada ou variação do processo que pode envolver óbito, qualquer lesão física ou risco destas ocorrências. O uso do termo sentinela evidencia que o evento, além de inesperado, é inaceitável, como a amputação de membro errado. A palavra sentinela aponta também a necessidade de investigação e tratamento imediatos (WHO, 2012a).

A ONA (2012) classifica os eventos sentinela em quatro graus de ocorrência. O Grau I envolve óbito. Classifica-se como Grau II, quando o paciente apresenta uma sequela permanente. Já como Grau III, quando há um dano temporário causado ao paciente; e, como Grau IV, quando há um risco potencial para que determinado desvio no processo se concretize em um evento, ou seja, o quase erro, mas com potencial para um resultado adverso grave.

Esta classificação utilizada pela ONA remete às definições dos conceitos-chave de dano e grau de dano, estabelecidos pela OMS, segundo a qual, **dano** é compreendido como “prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante. Inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte”. Já **grau de dano** é considerado “a gravidade e duração de qualquer dano, e as implicações no tratamento, resultantes de um incidente” (OMS, 2011, p. 22). O termo **consequências para o paciente** é definido como o impacto sobre um paciente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente (OMS, 2011).

Entretanto, **risco** pode ser compreendido como “a probabilidade de ocorrência de um incidente” (OMS, 2011, p.21), ou também como a probabilidade de ocorrência de um evento adverso que afeta a integridade do paciente, profissional ou da comunidade, onde está inserida a organização (ONA, 2006).

Já o **gerenciamento de riscos** ou **gestão de riscos** é compreendido como

[...] aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013a, p.44).

A OMS (2011) apresenta oito definições para este conceito, sendo que em todas se observa a ideia de custos, perdas financeiras, imagem da organização e danos à propriedade. Este conceito será tratado de forma mais abrangente na seção

em que foi descrito o Programa de Segurança do Paciente adotado na instituição em que foi realizada esta pesquisa.

Para que o gerenciamento de riscos seja consolidado na organização de saúde é indispensável investimentos da gestão em programas e na cultura de segurança.

2.1.2 A cultura de segurança

A cultura de segurança envolve o comprometimento com a segurança que permeia todos os níveis da organização, desde a alta direção, do nível estratégico, até os profissionais da base e linha de frente. Todos devem compreender e estar preocupados com as questões que a envolvem (WACHTER, 2010).

A cultura de segurança ressalta a importância da colaboração entre as diferentes áreas, no sentido de entender que o trabalho de um indivíduo reflete no trabalho do outro, mesmo que um profissional realize a assistência na linha de frente e outro realize atividades essencialmente administrativas (WACHTER, 2010).

Situação que elucida este importante ponto é a de prevenção de quedas. Há questões financeiras envolvidas na adequação de um ambiente mais seguro, o qual chama à responsabilidade as altas lideranças. Porém de forma isolada, não é o fator de maior peso. A cultura de segurança é relevante, pois todos os profissionais que desenvolvem suas atividades na instituição devem ter um comportamento diferenciado, de alerta quanto ao risco e demonstrarem atitudes compatíveis com as medidas de prevenção.

Nesta perspectiva, falhas no processo de trabalho do secretário, que tem contato apenas com o aviso de cirurgia do paciente, e lança o procedimento no sistema informatizado, terão um grande impacto no processo de trabalho de outros e na assistência ao paciente, quando, por exemplo, registrar inadequadamente o tipo de cirurgia ou outro dado essencial.

Logo, a equipe deve estar atenta à segurança em todas as etapas do processo assistencial. Mesmo que não seja da competência de um profissional realizar determinada atividade, quando ele percebe alguma fragilidade que pode acarretar em dano ao paciente, deve se sentir livre para discutir e alertar sobre o

risco identificado, colaborando com os profissionais das demais áreas. A cultura de segurança salienta o valor de uma equipe consciente em relação ao trabalho de alto risco desenvolvido e que busca constantemente soluções para as preocupações relacionadas à segurança (WACHTER, 2010).

O cuidado seguro ao paciente depende da interação de diversos fatores, tais como, os relacionados ao **ambiente de trabalho**, que dizem respeito à infraestrutura e ao cumprimento das legislações pertinentes ao ambiente físico; os **fatores organizacionais**, que envolvem os protocolos, políticas, a organização das equipes, a carga de trabalho, a cultura organizacional; **os relacionados ao paciente**, que se referem à morbidade, ao comportamento, à capacidade cognitiva e de comunicação, a sua condição emocional e social; **aos fatores externos**, considerando o ambiente natural, os produtos, tecnologia, infraestrutura, serviços e políticas (OMS, 2011).

Destaca-se que os **fatores relacionados à equipe profissional** são essenciais para a segurança do paciente (OMS, 2011). Os esforços que uma organização investe no ambiente para que ele seja seguro, na incorporação de novas tecnologias e capacitação das equipes baseadas nas melhores práticas e evidências, com o transcorrer do tempo contribuem para a consolidação da cultura de segurança. Todavia, mensurar esta cultura constitui grande desafio em uma organização.

Na realidade nacional, esta mensuração em hospitais é incipiente e Reis, Laguardia, Martins (2012) realizaram, como etapa inicial de um estudo, a adaptação transcultural da versão brasileira do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC). O referido questionário foi criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), e liberado para utilização em 2004. É um questionário amplamente utilizado nos Estados Unidos para avaliar as opiniões dos diferentes profissionais sobre as questões de segurança, erros e notificação de eventos em organizações hospitalares. A partir de 2007, em resposta à demanda das instituições, o AHRQ desenvolveu um banco de dados que propiciou a comparação dos resultados entre os diferentes hospitais (SORRA *et al.*, 2011).

Este questionário mede questões referentes a 12 áreas da cultura de segurança do paciente, constituindo um total de 42 itens (SORRA *et al.*, 2011). Estas áreas se referem à abertura de comunicação; ao *feedback* e comunicação sobre o erro; a frequência de eventos relatados; transferências internas e passagens de plantão; apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente; respostas não

punitivas ao erro; aprendizado organizacional - melhoria contínua; percepções gerais sobre segurança; *staffing*; expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes; trabalho em equipe entre as unidades hospitalares e trabalho em equipe no âmbito das unidades (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

2.1.3 Abordagem do erro

No relatório do IOM são destacados alguns pontos-chave, essenciais ao entendimento da proposta de mudança de abordagem de erros na assistência à saúde. Os serviços de saúde são considerados indústrias complexas e propensas a acidentes; as falhas em grandes sistemas decorrem de múltiplas faltas, que ocorrem simultaneamente. Um dos grandes contribuintes para a ocorrência de acidentes é o fator humano, o que não deve ser interpretado como atribuição de culpa, pois a maioria dos erros é induzida por falhas nos sistemas (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). A **falha do sistema** é definida como “[...] uma falha, avaria ou disfunção no método operacional, nos processos ou infraestruturas da organização” (OMS, 2011, p. 23).

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos aprofundando o conceito de **erro**, considera que este resulta de um ato voluntário ou de omissão. Exemplifica a situação em que é prescrito medicamento ao qual o paciente é previamente identificado como alérgico, e caracteriza-a como um ato voluntário. Já o ato de omissão relaciona-se a não prescrever o medicamento que, comprovadamente, traria maiores benefícios ao paciente. A AHRQ considera os erros de omissão os mais difíceis de serem reconhecidos.

Os erros podem ser, ainda, divididos em **deslizes** ou **lapsos** e **enganos**. Para se melhorar a segurança é essencial essa compreensão, pois ao se realizar uma análise das causas de um evento, dependendo da categoria a que pertence o erro, as ações corretivas e preventivas serão diferentes. O **deslize** é reconhecido como uma falha do comportamento esquemático ou lapso de concentração. Ocorre quando há uma competição sensorial, distração, fadiga ou *stress*. Para se reduzir o risco dos **deslizes**, são necessários: atenção ao desenho dos protocolos e ambiente de trabalho; o uso de listas de verificação; eliminação de distrações das áreas nas

quais as atividades exijam concentração; redução da fadiga da equipe, evitando-se assim, muitas horas de trabalho contínuo (AHRQ, 2013; WACHTER, 2010; REASON, 1990).

Os erros classificados como **enganos** relacionam-se a conhecimento insuficiente, falha na interpretação de informações, falta de experiência ou treinamento, escolhas incorretas. Reduzir este tipo de erros requer treinamento, supervisão ou ação disciplinar nos casos de imprudência. A AHRQ salienta que, infelizmente, a maioria dos erros na assistência à saúde é tratada como **enganos**, e as ações sempre implicam educação e supervisão. Porém, a maioria dos erros é ocasionada por **deslizes**, que demandam diferentes mecanismos de prevenção (AHRQ, 2013; WACHTER, 2010; REASON, 1990).

O relatório do IOM ressalta que, tradicionalmente, o erro na assistência à saúde é abordado procurando-se um culpado. A pergunta mais frequente é 'quem cometeu o erro?' e não 'como o evento aconteceu?', 'por que aconteceu?' e 'o que faremos para que não aconteça novamente?'. As pessoas que erram são tratadas como se tivessem uma falha moral, portanto, errar é visto como motivo de culpa e vergonha (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Reason (2000) salienta que aqueles que culpam as pessoas sentem-se mais satisfeitos, emocionalmente, do que quando têm como alvo a análise dos sistemas nas instituições. Neste modelo punitivo, o qual considera deficiente, o autor alude que as pessoas são vistas como se fossem livres e capazes para optar entre os modos seguro e inseguro de desenvolver suas atividades, se algo dá errado alguém deve ser acusado. Reforça que há um esforço em desvincular as ações inseguras de um indivíduo das responsabilidades da organização na qual o evento ocorreu, atitude obviamente incentivada pelos gestores (REASON, 2000).

Na realidade nacional, a mídia apresenta com frequência como são tratados os casos de erros graves na assistência a saúde, os quais revelam a perspectiva do modelo punitivo, a partir de análises simplistas.

Um dos eventos amplamente divulgado se relaciona à troca de soro por vaselina por uma profissional da enfermagem, fato que resultou em óbito da paciente em 2010. Este é um exemplo de uma abordagem punitiva e superficial. Apesar de o processo judicial envolvendo a profissional estar atualmente suspenso por três anos, a mesma já teve como pena a prestação de serviços comunitários por dois anos e terá sua vida monitorada pela justiça. Já a instituição, que

disponibilizava medicamentos diferentes em frascos extremamente semelhantes, ainda se encontra com a situação sendo apurada (GLOBO, 2012).

Outro caso que ficou conhecido em outubro de 2012 se refere a uma suposta administração de dieta (café com leite) em via errada (acesso venoso), causando o óbito da paciente de 80 anos no Rio de Janeiro. Salienta-se que, neste caso, houve medidas punitivas formais e o “linchamento moral” (COREN-RJ, 2013, s.p.) das pessoas envolvidas – as estudantes que eram responsáveis pelos cuidados da paciente – as quais foram indiciadas por homicídio culposo. As profissionais do posto de atendimento médico, à época, também foram afastadas de suas funções.

Em junho de 2013 foi divulgado o resultado do laudo cadavérico que não evidenciou a presença de substância atípica no sangue da paciente, nem sinais de embolia gordurosa cardíaca pulmonar. As causas do óbito foram infecção pulmonar e urinária (VEJA, 2012; COREN-RJ, 2013; NOTÍCIAS-UOL, 2013).

Esta é apenas uma das situações na qual se evidencia a cultura tradicional referente à abordagem do erro. Basta uma busca simples na mídia para se chegar aos casos de demissões, perda de registro e outras penas, sem uma análise responsável e abrangente, considerando todas as variáveis institucionais pertinentes ao erro.

De acordo com Wu (2000), os profissionais que cometem erros são as segundas vítimas do evento, pois são penalizados pelo erro. O autor ressalta que diante do atual progresso tecnológico da medicina moderna a sociedade tem uma “expectativa de perfeição” no tratamento e cura das enfermidades, não havendo lugar para erros, apesar de que os médicos sejam considerados apenas humanos. Quando ocorre um erro grave e a notícia se espalha rapidamente, o profissional é imediatamente julgado, condenado e rotulado pelos seus pares como incompetente, porém secretamente, estes podem estar se perguntando se não cometeriam o mesmo erro (WU, 2000, p.358).

Por sua vez, as instituições reagem aos erros como se estes fossem anomalias, as quais são resolvidas mediante a busca de um indivíduo culpado, com a pretensão de que o problema não se repetirá (WU, 2000). Diante deste cenário, é muito difícil aprender com os erros e proteger o futuro de ocorrências semelhantes.

O moderno movimento para segurança do paciente preconiza uma abordagem educativa do erro, não punitiva. Wachter (2010) sustenta os princípios

de segurança de James Reason. Para este autor, o erro deve ser analisado de forma sistêmica, uma vez que, geralmente, origina-se de um alinhamento de diversas falhas; rejeição ao foco no comportamento humano perfeito e adoção da análise sistêmica dos processos, demandando uma busca de sistemas desenhados para o acerto e não para o erro (REASON, 2000).

A partir do modelo do Queijo Suíço, o autor exemplificou a trajetória de um acidente. O autor esclarece que existem barreiras de proteção no desenvolvimento dos processos de trabalho, porém, quando as barreiras apresentam muitos furos, os sistemas se apresentam frágeis, os furos se alinham e geram o acidente (REASON, 2000).

Para o autor, existem duas maneiras de visualizar o erro humano: a abordagem com foco no indivíduo e a abordagem com foco no sistema. Cada uma possui uma casuística do erro e, consequentemente, uma filosofia diferente para gerenciá-lo. Na primeira forma de abordagem, a mais tradicional e disseminada, há um foco nas ações inseguras que se relacionam aos erros e violações de procedimentos por parte dos profissionais da linha de frente. Essas ações inseguras são vistas como resultado de processos mentais, tais como o esquecimento, a falta de atenção, a pouca motivação, o descuido, a negligência e a imprudência (REASON, 2000).

Nesta perspectiva, as medidas para se evitar o erro são direcionadas, principalmente, para a redução de indesejada variabilidade do comportamento humano, como se de fato a condição humana pudesse ser mudada. Neste tipo de abordagem do erro restam poucas alternativas para solução dos problemas. Os profissionais são ameaçados pelas legislações de seus órgãos de classe e pela gestão das organizações sob a premissa subjacente de que é possível não falhar, que tudo depende de um comportamento de atenção, ao invés de estimular o indivíduo à análise crítica e consciente sobre seu ambiente de trabalho e maneiras de torná-lo mais seguro.

Na abordagem sistêmica, o autor esclarece que a premissa básica é considerar que os homens são falíveis e o erro é sempre esperado, mesmo nas melhores organizações. Os erros humanos são vistos como consequências e não como causas, sendo que as medidas de prevenção partem do princípio de que uma vez que não é possível mudar a condição humana, é indicado mudar as condições de trabalho. A ideia principal é a criação de barreiras de proteção no sistema e o que

deve ser valorizado quando ocorre um evento não é o culpado, mas a compreensão sobre como as barreiras falharam (REASON, 2000).

Ao se analisar os erros, baseando-se no modelo do Queijo Suíço, deve-se compreender que há muitos furos nas fatias, e que estes podem se abrir, fechar ou mudar de local, mas a presença deles, em qualquer uma das fatias, não significa habitualmente um desfecho indesejado (REASON, 2000).

Os erros surgem nas barreiras de proteção por dois tipos de falhas, as **ativas** e as **latentes**. Normalmente, os eventos envolvem a combinação das duas condições. As falhas ativas são as ações inseguras cometidas pelos profissionais da linha de frente. Já as latentes não estão nas mãos dos profissionais da linha de frente, envolvem um desenho inadequado dos processos, instalações inapropriadas, falta de manutenção, más decisões gerenciais e organizações mal estruturadas, com consequências nas condições de trabalho. São consideradas as maiores ameaças à segurança em um sistema complexo, pois não são facilmente visualizadas, e delas se originam múltiplos erros ativos.

Essas falhas são desafiadoras, pois se escondem em processos rotineiros e na essência da estrutura gerencial da organização. Passam despercebidas, porque as pessoas se acostumam com desenhos defeituosos de processos e aprendem a trabalhar com eles desta forma (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Diante da possibilidade de ocorrência de eventos adversos e danos ao paciente em uma organização em que a cultura desfavorece o aprendizado com os erros, ficam questões para reflexão. Como mudar o modelo defeituoso que inibe a transparência, realiza análises superficiais e com uma visão míope insiste nas ações que buscam o comportamento humano perfeito?

Nesta trajetória de busca por sistemas mais seguros e quebra de paradigmas foram desenvolvidas várias estratégias e métodos para aprimorar a segurança na assistência, entre eles, destaca-se a necessidade de métodos para tratar as inseguranças na assistência à saúde, como por exemplo, o gerenciamento de riscos.

2.2 GERENCIAMENTO DE RISCOS

O Gerenciamento de Riscos iniciou na Década de 50 nos Estados Unidos, com enfoque na prevenção de danos ao patrimônio, envolvendo a compra e gerenciamento de apólices de seguro. Com o passar do tempo, o gerenciamento de riscos foi utilizado por outras áreas. Na área da saúde, considera-se seu início há, aproximadamente, trinta anos. Neste caso, com objetivo principal de proteger as instituições contra perdas, prevenção dos riscos relacionados à responsabilidade civil, relacionado a despesas de processos de má prática, tanto para o profissional como para a organização (FELDMAN, 2008).

O Gerenciamento de Riscos envolve várias etapas, desde a identificação do risco, quando são avaliadas a probabilidade, a gravidade e as medidas que a instituição possui para evitar ou não a sua ocorrência; até a análise dos eventos adversos, quando os riscos concretizam-se causando danos ao paciente, tendo sempre como objetivo a prevenção dos eventos, ou seja, a proteção do futuro.

2.2.1 Métodos para medir erros e eventos adversos

A primeira etapa de uma estratégia para melhoria da segurança do paciente consiste no conhecimento do nível de segurança da organização, sendo que uma das maneiras para realizar tal diagnóstico é a identificação de eventos adversos à assistência à saúde.

Os autores Thomas e Petersen (2003), em um estudo sobre mensuração de erros e eventos adversos, argumentam que os métodos utilizados devem ser avaliados quanto a sua credibilidade, validade e capacidade para detectar os erros latentes, os erros ativos e os eventos adversos. Propõem uma estrutura geral a fim de facilitar para os profissionais e pesquisadores a escolha dos métodos mais apropriados à realidade em que se inserem, na busca de mensurações que se referem à segurança do paciente. Identificam oito métodos e apresentam seus pontos fortes e fragilidades.

Para os autores, os **Comitês de Mortalidade e Morbidade e de Revisão de Óbitos** desempenham um papel importante, devido ao fato de suas análises sugerirem erros latentes, com os quais os profissionais estão familiarizados. Porém, possuem o viés retrospectivo e de notificação, uma vez que o método é muito focado nos erros de diagnóstico, não sendo utilizado, com frequência, para mensuração de erros e eventos adversos. A não ser que sejam criadas interfaces com tal objetivo.

A revisão de óbitos, quando associada à revisão do prontuário e discussão com os profissionais que cuidaram do paciente, torna-se uma importante fonte de conhecimento. Contudo, o número de casos analisados por estes comitês é muito baixo, não permitindo mensurações de incidência ou prevalência de erros e eventos adversos.

Outro método utilizado é o que se baseia na **análise de queixas alegadas por má prática**. Os autores salientam que estas análises conduziram a importantes resultados, em especial na área da anestesiologia. As investigações detalhadas dos casos possibilitam, principalmente, a detecção de erros latentes e perspectivas de múltiplos profissionais, com diferentes pontos de vista. Todavia, este método possui várias limitações, uma vez que os casos são altamente selecionados e não podem ser generalizados, possuem viés retrospectivo, e não são considerados fontes de dados padronizadas.

Por sua vez, os **sistemas de notificação** são considerados uma forma de envolver os profissionais em projetos de Pesquisa e Desenvolvimento, a fim de melhorar a qualidade da assistência. As análises dos relatórios de notificações proporcionam detalhes ricos sobre como os erros latentes tornam-se erros ativos e eventos adversos. Embora também tenham o viés retrospectivo, são fontes de dados padronizadas.

Porém, Thomas e Petersen (2003) defendem que esses sistemas, isoladamente, podem ou não gerar mensurações confiáveis, pois dependem dos profissionais, os quais podem estar muito atarefados, não terem tempo de notificar e temer processos, ou estarem preocupados com sua reputação. Os autores justificam esta posição, ressaltando que um sistema com elevados números de notificações pode representar apenas a transitória motivação e comprometimento dos profissionais com a cultura de segurança do paciente na organização.

Apesar dessas limitações, o sistema de notificação pode identificar os erros e eventos adversos que não foram identificados por nenhuma outra forma. Uma de suas vantagens é ser facilmente assimilado como rotina nas instituições (THOMAS; PETERSEN, 2003).

Todavia, os sistemas de notificações de erros, na perspectiva de Wachter (2010), são utilizados no ambiente hospitalar, como formas passivas de vigilância. O autor salienta que as notificações devem ser fáceis de utilizar, gerar melhorias palpáveis e não implicar punições. Podem ser preenchidas em papel ou pela *web*, segundo três categorias: anônimas, confidenciais e abertas.

As notificações anônimas são as que não exigem que o notificador se identifique. Nas confidenciais, a identidade é conhecida, mas protegida. E, nas abertas, todas as pessoas e lugares são publicamente identificados. Há uma variação grande entre as categorias profissionais que notificam, sendo que estudos apontam que as notificações de enfermeiros excedem as de médicos na razão de 5:1 (WILD; BRADLEY, 2005; WACHTER, 2010).

O relatório americano *Hospital Incident Reporting Systems Do Not Capture Most Patient Harm* do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (U.S., 2012), revelou que apenas 14% dos eventos com danos ao paciente foram notificados, e que os profissionais, quando questionados pelos motivos desta subnotificação, 62% responderam que não sabiam que estes eventos eram passíveis de notificação.

Os motivos apontados foram vários: o evento não foi causado por um erro perceptível (12%); possuía um desfecho adverso ou efeito colateral esperado (12%); causou pequeno dano ao paciente ou houve melhora do dano causado (11%); não estava na lista de eventos obrigatórios no hospital (9%); ocorre com frequência em hospitais (8%); os sintomas se tornaram aparentes apenas após a alta do paciente (5%); ocorreu com paciente com história de eventos similares (4%); e, em 2% das situações não houve justificativa da não notificação do evento.

O método de **análise de dados administrativos** apresenta vantagens relacionadas à facilidade de disponibilidade dos dados e o baixo custo, porém, os dados podem não ser confiáveis e estar separados do contexto clínico (THOMAS; PETERSEN, 2003).

Já a **revisão de prontuários** é considerada o padrão ouro para identificação de erros e eventos em estudos quantitativos de grandes amostragens. Entretanto,

Murff *et al.* (2003) a caracterizam como um método imperfeito e de alto custo financeiro, visão corroborada por Thomas e Petersen (2003), que o avaliam como um método que apresenta uma série de imperfeições e limitações, que vão desde a imprecisão do julgamento dos revisores à incompletude das documentações.

O método de **revisão de registros médicos eletrônicos**, entretanto, pode melhorar a detecção de erros e eventos adversos, pois possibilita um monitoramento em tempo real e é capaz de integrar múltiplas fontes de dados. Este método é capaz de detectar erros que sistemas tradicionais, como o de notificação voluntária e revisão de prontuários, não podem identificar. Todavia, o método apresenta as desvantagens de ser susceptível à programação e/ou entrada de dados incorretos, ser dispendioso para implantação e não detectar erros latentes (THOMAS; PETERSEN, 2003).

Já o método de **observação do cuidado** do paciente tem o potencial para ser acurado e preciso, e proporcionar dados não passíveis de obtenção de outra forma, sendo considerado o que melhor detecta erros ativos. Thomas e Petersen (2003) salientam que este método foi utilizado em centros cirúrgicos, unidades de terapia intensiva, enfermarias cirúrgicas e na avaliação da administração de medicamentos, situações em que se mostrou capaz de detectar muito mais erros ativos do que qualquer outro método.

Entretanto, os autores salientam que a observação direta é limitada por questões práticas e metodológicas. Entre elas, destacam-se preocupações potenciais com a confidencialidade, pois informações podem ser utilizadas por supervisores, com a finalidade de punir profissionais; ou ser requeridas por advogados, com a intenção de alegação de má prática.

Além disso, o método exige treinamento intensivo dos observadores, a fim de que a confiabilidade dos dados e a sua precisão sejam asseguradas. Pode ocorrer, ainda, o viés retrospectivo, quando os dados são associados e analisados sob influência do conhecimento acerca do desfecho do paciente, pelo observador.

O foco dos observadores pode ser o erro, o evento ou, ainda, os profissionais, de modo que não conseguem focar no sistema como um todo. Pode também, ocorrer o efeito *Hawthorne*, fenômeno psicológico no qual o indivíduo muda seu comportamento normal porque está sendo observado (THOMAS; PETERSEN, 2003).

O **estudo de caso**, como método, é considerado potencialmente acurado e preciso para determinar eventos adversos, porém é dispendioso e não detecta facilmente erros latentes (THOMAS; PETERSEN, 2003).

Os autores esclarecem que existem abordagens contrastantes em relação aos diferentes métodos de mensuração, que variam na precisão, acurácia e capacidade de detectar erros latentes versus erros ativos e eventos adversos. Dependendo do método utilizado, os erros latentes mais importantes serão detectados. Entretanto, quando se utilizam os métodos que captam com maior facilidade os erros ativos e eventos adversos, as mensurações são mais precisas.

Propõem um modelo que incorpore as duas abordagens, a de erros latentes, e a de erros ativos e eventos adversos, as quais podem coexistir, simultaneamente. Sugerem um modelo de sistema de monitoramento da segurança do paciente que contemple uma combinação de métodos. Exemplificam que os comitês, os sistemas de notificação e as análises de alegações de má prática sejam utilizados para identificar os erros latentes e alguns erros ativos, e os eventos adversos consequentes.

Estes métodos não seriam utilizados para calcular taxas, mas para direcionar as organizações a utilizarem outros métodos, como a revisão de prontuários, observação direta ou estudos de casos prospectivos, que têm capacidade de medir erros, explicitamente definidos, e eventos adversos. Destacam que o essencial é o entendimento do relativismo dos pontos fortes e fragilidades dos métodos utilizados para mensuração de erros e eventos adversos (THOMAS; PETERSEN, 2003).

Em 2009, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) lança o *IHI Global Trigger Tool* para mensuração de eventos adversos. Tradicionalmente, as organizações baseiam-se em sistemas de notificação voluntária, apesar de pesquisadores da área de segurança terem concluído que apenas 10% a 20% dos erros são captados por este método, e 90% a 95% destes erros relatados não causam danos que atingem o paciente. Isso justifica o motivo pelo qual as instituições, segundo o IHI, busquem um método mais efetivo para identificar os erros, que realmente causam danos ao paciente, com o objetivo de quantificar o grau e a severidade do dano com vistas a selecionar e buscar mudanças para melhorar a segurança (GRIFFIN; RESAR, 2009).

A ferramenta *Global Trigger Tool* oferece um método fácil e preciso para identificar e mensurar os eventos adversos, bem como para avaliar se as medidas tomadas para melhorar a segurança estão surtindo efeito. A sua metodologia consiste de revisão retrospectiva de uma amostra randomizada dos prontuários de pacientes internados no hospital, utilizando *triggers* (gatilhos) para identificar possíveis eventos adversos.

O IHI considera imprescindível que haja uma definição clara de **dano**, definindo-o como uma injúria física não intencional que resulta de, ou contribui para um cuidado médico que demanda monitoramento adicional, tratamento ou hospitalização, ou que resulta em morte do paciente (GRIFFIN; RESAR, 2009).

Muitos hospitais americanos utilizam a ferramenta para identificar eventos adversos, avaliar o nível do dano de cada um deles e determinar se, ao longo do tempo, as ações de melhoria estão apresentando resultados para a segurança do paciente. Todavia, a *IHI Global Trigger Tool* não foi desenvolvida para identificar todos os eventos adversos no prontuário, e sim os eventos selecionados, definidos previamente, que resultam de uma assistência ativa ao paciente. Neste caso, excluem-se as questões relacionadas aos erros por omissão. Entretanto, inclui todos os eventos adversos causados não intencionalmente ao paciente, independente de sua evitabilidade. Logo, os revisores não definem se o evento era prevenível ou não.

A metodologia possui um tempo limite de aplicação de 20 minutos para cada prontuário e a seleção randomizada destes foi desenhada para produzir uma amostra suficiente, a fim de determinar as taxas de eventos que causam dano e observar a melhoria ao longo do tempo (GRIFFIN; RESAR, 2009).

Para classificar a gravidade do evento faz-se uso das categorias E, F, G, H e I, descritas conforme o tipo de dano ao paciente, pelo *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) Index*. As categorias consistem das seguintes definições: dano temporário ao paciente e necessidade de intervenção; dano temporário ao paciente e necessidade de internação ou prolongamento da hospitalização; dano permanente ao paciente; e, necessidade de intervenção com medidas de suporte à vida e morte do paciente.

Os *triggers* (gatilhos) foram divididos em seis módulos. Os do primeiro módulo se referem ao **Cuidado**: transfusão de hemocomponentes/hemoderivados; situações nas quais é necessária a atuação dos times de resposta rápida, ou seja, agravamento importante das condições do paciente, tais como parada cardíaca e

diálise aguda; cultura de sangue positiva; exames de raio X ou *doppler* para embolia ou tromboembolismo venoso; decréscimo de hemoglobina ou hematócrito em 25% ou mais; queda de paciente; úlcera por pressão; readmissão dentro de 30 dias; uso de restrição física; acidente vascular cerebral dentro do hospital; transferência para unidade de cuidados intensivos; complicações pós-procedimentos; e qualquer outro gatilho que possa sugerir dano.

O segundo módulo se refere a gatilhos que envolvem **Medicamentos**, como: resultado positivo para *Clostridium Difficile*; tempo de tromboplastina parcial ativada maior que 100 segundos; Índice (INR²) superior a seis; nível de glicemia inferior a 56 mg/dl; resultados de creatinina sérica com níveis superiores ao normal, por duas vezes; administração de Vitamina K; administração dos medicamentos Benadryl, Flumazenil, Narcan e antieméticos; excesso de sedação/letargia/hipotensão; interrupção abrupta de medicamento, e outros gatilhos que sugiram danos.

O terceiro módulo refere-se a gatilhos **Cirúrgicos**: retorno ao centro cirúrgico; mudança de procedimento; admissão não programada em unidade de terapia intensiva; intubação ou reintubação em sala de recuperação pós-anestésica (REPAI); exame de raio X intra operatório não programado; morte intra ou pós-operatória; ventilação mecânica por tempo superior a 24 horas no pós-operatório; administração no período intra-operatório de medicamentos como Epinefrina, Noraepinefrina, Naloxone ou Romazicon; aumento no pós-operatório dos níveis de troponina superior a 1.5 nanograma/ml; injúria, reparo ou remoção de órgão durante o procedimento cirúrgico; e ocorrência de qualquer outra complicação pós-operatória.

O quarto módulo se refere à **Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**, com destaque aos seguintes gatilhos: pneumonia; readmissão na UTI; procedimento realizado dentro da unidade e intubação/reintubação.

O quinto módulo se refere aos gatilhos na **Assistência Perinatal**: uso do medicamento Terbutalina; laceração do períneo de terceiro ou quarto grau; contagem de plaquetas inferior a 50.000ml/mm³; perda sanguínea estimada superior a 500 ml em parto vaginal e a 1000ml em cesariana; pedido de consulta à especialidade; administração de ocitócitos; parto com utilização de instrumento e administração de anestesia geral.

² *International Normalized Ratio*- Um sistema internacional que retrata os resultados de testes de coagulação do sangue.

Finalmente, o sexto módulo se refere aos gatilhos dos **Serviços de Emergência**: readmissão no período de 48 horas e tempo de observação superior a seis horas.

A identificação de um gatilho positivo não significa, necessariamente, a ocorrência de um evento adverso, mas uma suspeita que deve ser investigada pelo revisor a fim de determinar se ocorreu, de fato, um dano ao paciente.

Mensurar erros é, definitivamente, um ponto crítico na assistência à saúde, sendo considerado um grande desafio na área de segurança do paciente. Demanda existência da cultura de segurança que requer, do nível estratégico, empenho para desenvolvê-la em todos os níveis da organização (WACHTER, 2010).

Os métodos para detecção de erros e eventos adversos apresentam vantagens e desvantagens. Parece ser necessário um conhecimento profundo sobre a realidade da organização para se fazer uso dos melhores métodos de captação de erros que atendam de fato às necessidades institucionais de forma personalizada.

2.2.2 Métodos de investigação de eventos adversos

Diante da identificação de um evento adverso fica a grande questão sobre o que deve ser feito, tendo como foco a prevenção de eventos futuros. O moderno movimento para segurança do paciente propõe aprendizado com os erros, por meio de uma análise profunda e abordagem sistêmica, evitando-se explicações simples e superficiais que, normalmente, geram ações como a retirada do profissional do local de trabalho, ou limitam-se a treinamentos, que apenas reforçam que o foco permanece na busca do comportamento humano perfeito.

Em 1998, nos Estados Unidos, uma das iniciativas para melhorar a segurança já colocava em evidência a necessidade de se desenhar sistemas nos quais os erros gerassem aprendizado, tendo como objetivo, a proteção do futuro. Este sistema foi estruturado para responder três importantes perguntas: “o que aconteceu?”; “porque aconteceu?” e “o que faremos para prevenir que aconteça novamente?” (BAGIAN, 2002, p. 531).

Um método tradicional que pode responder a essas perguntas é o denominado Análise de Causa Raiz (ACR). A OMS (2011, p. 18) o define como “[...]”

um processo sistemático iterativo, por meio do qual os fatores que contribuem para um incidente são identificados, reconstruindo a sequência de acontecimentos [...]” mediante a resposta à pergunta porquê?, tantas vezes “[...] até que sejam esclarecidas as causas raízes subjacentes (fatores contribuintes ou riscos)”.

É utilizado, portanto, para investigação de eventos, e consiste em uma dissecação das causas que levaram a determinada situação. Para que se tenha um bom resultado com a ACR, é necessário que sejam valorizados alguns princípios, como a liderança efetiva na condução da reunião; a abordagem multidisciplinar; participação dos profissionais-chave para esclarecimento dos fatos, e outras pessoas que possam colaborar com o processo (WACHTER, 2010).

O processo de Análise de Causa Raiz (ACR) visa à investigação de eventos adversos, incidentes críticos, assim como de quase erros, de modo a identificar os múltiplos fatores contribuintes presentes, focalizando as condições latentes e, se aplicáveis, são recomendadas medidas para que não se repitam no futuro (WHO, 2012c).

O método apresenta as seguintes características: revisão interdisciplinar do evento com a participação das principais pessoas envolvidas; foco essencialmente nos processos e sistema, afastando a ênfase no desempenho do indivíduo; busca de um aprofundamento dos fatos revelados, perguntando 'o que' e 'por que' até que todos os aspectos do processo sejam revistos e todos os fatores contribuintes identificados (progredindo das causas especiais às causas comuns), e, identificação de mudanças que podem ser realizadas nos sistemas e nos processos, seja redesenhando-os ou desenvolvendo novos processos e sistemas que melhorariam o desempenho e reduziriam os riscos de recorrência (WHO, 2012a).

É fundamental que a método tenha credibilidade por parte da organização, e para tal é necessária a observação de alguns pontos: comprometimento das lideranças no processo de ACR, seja por meio de participação direta na equipe que realiza as análises ou no apoio às medidas propostas nos planos de ação. É muito importante, também, a presença dos responsáveis pelos processos e sistemas que estão sendo analisados. O processo deve ser consistente, sem contradições ou perguntas sem respostas, e as análises devem ser embasadas em literatura, tendo sustentação científica (WHO, 2012a).

O modelo apresentado pela OMS (WHO, 2012a) estruturado em dez classes facilita a compreensão de um método organizado para melhorar a segurança. A

classe **Tipo de Incidente** descreve uma categorização de incidentes agrupados conforme sua natureza (medicação, sangue, nutrição, oxigênio e outros); a classe **Resultados para o Paciente** se refere ao impacto que o evento causou, podendo ser classificado de acordo com o tipo de dano, grau do dano ou qualquer outro impacto social ou econômico gerado. Estas classes têm a finalidade de agrupar os incidentes relacionados à segurança do paciente em categorias clinicamente significantes (WHO, 2012a).

As classes **Características do Paciente, do Incidente, Fatores Contribuintes e Resultados para Organização** buscam contextualizar o incidente. Já as classes **Deteção, Fatores de Mitigação, Ações de melhoria e Ações para Reduzir Riscos** se referem às informações para prevenção, tratamento do evento e a resiliência do sistema (WHO, 2012a).

Após a ocorrência de um incidente, seja ele um evento adverso com danos ao paciente ou um quase erro, com potencial alto para danos graves, uma organização preocupada em melhorar a segurança dos processos de trabalho envolvidos nos serviços oferecidos ao paciente deve possuir um modelo lógico, para condução da situação, tendo como objetivo final um proveitoso aprendizado com os erros a fim de que estes não se repitam.

Este modelo consiste de adoção de métodos para identificação do evento, sendo seguido pela análise multifatorial deste, ou seja, a compreensão das causas que o originaram, passando pelos fatores de mitigação, análise do impacto do evento para o paciente e para a organização, busca de ações de melhoria e de redução dos riscos, tendo como objetivo o aprendizado com os erros e proteção do futuro.

Pode-se dizer, analogamente, que na realidade brasileira, este modelo lógico corresponde ao gerenciamento de riscos (BRASIL, 2013a).

A implementação de um sistema na organização para gerenciamento dos riscos e eventos adversos inicia com estratégias voltadas à mudança de cultura. Mesmo que sejam adotados sofisticados sistemas eletrônicos para captação de erros, equipes sejam treinadas para adoção de métodos de análises de prontuários e de eventos, o sucesso tão almejado ficará nebuloso se não houver uma incorporação consciente e sincera da nova cultura de segurança.

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde propõe e descreve com muita clareza seus programas e ações (WHO,

2012b). Os profissionais são estimulados e desafiados a romperem paradigmas, a mudarem sistemas engessados e hierarquizados em busca de modelos mais seguros.

Porém, não se pode desconsiderar que os sistemas mais inteligentes e seguros, em alguma etapa, serão acionados por um ser humano, o qual deve estar convencido e consciente de suas ações. Teoricamente, os modelos são muito fáceis de se compreender. As analogias com outras áreas tradicionalmente seguras inquietam e sugerem que deve haver urgência nas mudanças, mas na prática a realidade se impõe com muitos obstáculos e dificuldades, que devem ser superados e dar lugar a uma nova forma de ser e agir.

Nesta perspectiva, este estudo se propõe a desenvolver um processo de consultoria interna voltado ao gerenciamento de riscos, envolvendo profissionais de uma unidade assistencial, a fim de fomentar, entre eles, a cultura de segurança e a motivação à execução do Programa de Segurança do Paciente no hospital em estudo.

3 MÉTODO

Se não nos preocuparmos com problemas que não temos, logo, nós os teremos. (DORNER, 1996)

Este capítulo trata do método desenvolvido para o alcance dos objetivos desta pesquisa. São apresentados o tipo de estudo, a escolha do método, local do estudo, aspectos éticos, sujeitos da pesquisa, coleta de dados e análise de dados.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa participante, de abordagem qualitativa, com uma etapa metodológica de pesquisa documental.

A pesquisa participante tem como características a interação entre pesquisadores e membros nas situações a serem investigadas, está comprometida com a descaracterização da relação de poder entre dirigentes e dirigidos e envolve um planejamento flexível.

É constituída por quatro etapas: “a) montagem institucional e metodológica; b) estudo preliminar e provisório da região e da população pesquisadas; c) análise crítica dos problemas; e d) programa-ação e aplicação de um plano de ação” (GIL, 1991, p. 132). A pesquisa participante não se encerra com um relatório, mas com um plano de ação que pode estimular novas pesquisas. Possui um caráter informal e dialético, seus resultados não são conclusivos, mas geram novos problemas que demandam novas ações.

Por sua vez, a pesquisa documental utiliza-se de materiais que não receberam um tratamento analítico, as fontes são diversificadas e dispersas. Os documentos constituem uma fonte rica e estável de dados, e como subsistem ao longo do tempo, podem ser considerados a mais importante fonte de dados nas pesquisas de natureza histórica. As pesquisas elaboradas a partir de documentos proporcionam melhor visão do problema ou hipóteses que conduzem à sua verificação por outros meios (GIL, 1991).

Este tipo de pesquisa segundo o autor envolve as etapas de determinação de objetivos; elaboração do plano de trabalho; identificação das fontes; localização das fontes e obtenção do material; tratamento dos dados; confecção das fichas e a redação do trabalho.

3.2 A ESCOLHA DO MÉTODO DA PESQUISA PARTICIPANTE

A pesquisa participante foi desenvolvida por meio de um processo de **consultoria interna**, adaptado do Modelo de Consultoria Interna para Gestão da Qualidade (MCIGQ) de Seiffert (2011a), com acréscimo de duas etapas propostas por Oliveira (2010).

O MCIGQ, segundo Seiffert (2011a, p.111), após ser aplicado em uma unidade de internação com vistas a prepará-la para avaliação de certificação de qualidade, “mostrou-se eficaz para o desenvolvimento de um processo participativo de construção da autonomia de membros de um grupo, para atuarem como agentes de transformação [...]”. Assim, a autora recomenda que seja “replicado em qualquer tipo e porte de organização de saúde”, e utilizado para demais “programas e processos de gestão da qualidade, com as apropriadas adequações”.

O referido modelo explicita que a consultoria interna deve se realizar de forma participativa, em um processo coletivo, em que os participantes venham a exercitar o pensamento crítico-reflexivo. A consultoria deve viabilizar o seu envolvimento “[...] nos diferentes processos da gestão da qualidade de uma organização de saúde, e o compromisso com os objetivos bem como com os resultados do objeto de consultoria” (SEIFFERT, 2011, p.47).

Para tanto, a autora recomenda a realização de oficinas, constituídas por um ou mais encontros, de acordo com a necessidade e desenvolvimento do grupo de participantes. Nessas são desenvolvidas as cinco etapas do Arco de Maguerez, utilizado como **opção pedagógica**.

Na presente pesquisa, o propósito da consultoria foi o de consolidar o Programa de Segurança do Paciente do HC/UFPR em uma unidade assistencial. Escolheu-se o Serviço de Clínica Médica Masculina, apontado como uma unidade com baixa adesão às medidas propostas pelo gerenciamento de riscos institucional.

Além das cinco etapas do Arco de Maguerez, utilizados no modelo de Seiffert (2011a), foi acrescida a etapa de Acompanhamento e Avaliação, com as finalidades de controlar os resultados, estimular a auto-avaliação pelos participantes e, a avaliação pelo consultor. Também foi acrescida a etapa de Conclusão, na qual ocorre o desligamento do consultor. Estas etapas são sugeridas por Oliveira (2010).

O método do Arco de Maguerez foi elaborado na década de 70 por Charles Maguerez, e tornado público por Bordenave e Pereira, a partir de 1977. Desenvolve-se em cinco etapas: observação da realidade e definição do problema, definição dos pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (BERBEL, 1999).

O método em questão busca, inicialmente, problematizar a realidade vivida e, conforme o desenvolvimento de suas etapas vão ocorrendo, esta realidade passa, consequentemente, a ser vista sob uma ótica mais crítica, embasada por novos conhecimentos e informações. Assim, os indivíduos são estimulados a transformarem a sua realidade, com criatividade e inovação. Há uma construção coletiva do conhecimento, confirmando a educação como uma prática social e não individual ou individualizante (BERBEL, 1999).

Sendo assim, sua aplicação nesta pesquisa é recomendável, por “[...] viabilizar ações transdisciplinares para a resolução de problemas da prática de saúde, potencializando a produção do conhecimento coletivo em oficinas” (SEIFFERT; WOLFF; WALL, 2011, p.567).

A instituição onde se desenvolveu a pesquisa enfatiza a importância do papel dos trabalhos em equipe por meio da atuação dos Grupos Internos da Qualidade, existentes nas diferentes unidades gerenciais, e do Comitê da Qualidade (SEIFFERT *et al.*, 2011). Muitos dos problemas vivenciados no cotidiano do hospital encontraram um novo canal para sua resolução: a Assessoria de Gestão da Qualidade com suas auditorias e as notificações que se referem aos problemas referentes à segurança do paciente (HC/UFPR, 2012g), reforçando o valor da aplicação deste método para transformação das realidades.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em um hospital de ensino, público, federal, na cidade de Curitiba - PR. Classifica-se como um hospital de grande porte, destinado ao atendimento de média e alta complexidade, que possui aproximadamente 400 leitos. Em 2011, este hospital recebeu a certificação de Hospital Acreditado Nível 1, pela Organização Nacional de Acreditação, tendo mantido esta certificação até o presente.

A pesquisa documental foi desenvolvida junto à Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ).

A pesquisa participante ocorreu no Serviço de Clínica Médica Masculina (CMM). A escolha dessa clínica decorreu do fato de ter sido identificada pela AGQ como uma unidade assistencial com fragilidades na adesão ao gerenciamento de riscos institucional. Este serviço apresentou, no período de março de 2011 a fevereiro de 2012, baixo número de notificações, poucos profissionais haviam participado de capacitações, e, ainda, não se constituía uma unidade gerencial, ou seja, possuía mais dificuldades que as demais.

A CMM possui 16 leitos ativos para as especialidades de clínica médica, gastroenterologia, pneumologia, endocrinologia, reumatologia e hematologia. Os pacientes são adultos, com idade a partir de 14 anos, do sexo masculino.

Considerando o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2012, a clínica apresentou um total de 350 internações no ano, sendo que a média foi de 29 internações/mês, média de permanência de 12,51 dias, taxa de ocupação de 63% e taxa geral de mortalidade de 3,17% (HC/UFPR, 2012b).

Sua equipe multiprofissional apresenta a seguinte composição: três enfermeiros, um técnico de enfermagem, 16 auxiliares de enfermagem, uma assistente social, um secretário e médicos (professores e residentes). A equipe de enfermagem é distribuída da seguinte forma: quatro auxiliares de enfermagem nos períodos da manhã e da tarde, que realizam turno de 12/60 horas; um enfermeiro assistencial no período da manhã; um enfermeiro assistencial no período da tarde; um enfermeiro chefe do serviço; e, onze auxiliares de enfermagem e um técnico de enfermagem à noite, no regime de 12/60. Não há supervisão direta da equipe de

enfermagem por enfermeiro no período noturno. O método de organização do trabalho da equipe de enfermagem é o de cuidado integral.

Adicionalmente, a unidade conta com o apoio técnico de equipes de referência dos serviços de nutrição, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia e higiene hospitalar.

A estrutura física da CMM foi reformada no ano de 2007, sendo composta por oito enfermarias: dois isolamentos individuais com banheiros privativos; quatro enfermarias de quatro leitos, com um banheiro compartilhado por duas enfermarias; uma enfermaria com três leitos e uma enfermaria com dois leitos, sendo que o banheiro é compartilhado entre cinco pacientes; um posto de enfermagem; uma sala para chefia de enfermagem; uma secretaria; um vestiário com banheiro para os funcionários; um banheiro para acompanhantes/ visitantes; um depósito para material de limpeza; um expurgo; uma copa e uma sala para procedimentos, onde se localiza um armário para armazenamento de insumos.

A Clínica Médica Masculina encontra-se em uma situação específica que merece ser relatada, que é a de estar em transição para se tornar parte de uma Unidade Gerencial. Isso se explica pelo fato de a CMM não ter ainda assinado o contrato com a Direção do HC/UFPR. Este modelo de gestão segue a linha do cuidado, reunindo serviços afins, com um gerente e supervisores. O modelo preconiza a gestão participativa, baseada em decisões colegiadas, evitando a verticalização das relações.

O modelo de gestão foi gradativamente implantado na organização, sendo que os serviços de Clínica Médica Feminina, Clínica Médica Masculina, Infectologia, Nefrologia e Endoscopia Digestiva são os últimos a se tornarem uma Unidade Gerencial, denominada Unidade de Clínicas Médicas (UNICLIN).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto de Pesquisa foi aprovado em 16/05/2012 pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sob o registro CAAE 02144512.0.0000.0096, por estar de acordo com todos

os aspectos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO 1).

Foram solicitadas autorizações das Chefias de Enfermagem e Médica, da Coordenação das Unidades de Internação e da Direção de Enfermagem. Os sujeitos da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual se encontra no Apêndice 1.

Os sujeitos foram orientados quanto à possibilidade de desistência de participação em qualquer etapa no desenvolvimento da pesquisa. Seus nomes foram omitidos e codificados, uma vez que foram atribuídos nomes de pedras preciosas a cada um.

3.5 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram selecionados para participarem da pesquisa oito membros da equipe multidisciplinar do Serviço de Clínica Médica Masculina, indicados pelas chefias de enfermagem, médica e a coordenadora das unidades de internação, e posteriormente convidados pela pesquisadora.

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: servidor/funcionário indicado pela chefia imediata, de qualquer gênero e faixa etária, que exercesse suas atividades junto ao Serviço de Clínica Médica Masculina, que atuasse em qualquer turno de trabalho, e que aceitasse voluntariamente participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE.

Os participantes da pesquisa foram duas enfermeiras, o secretário da CMM, duas auxiliares de enfermagem, uma assistente social, uma gerente de implantação da Unidade de Clínicas Médicas (UNICLIN) e a supervisora administrativa da unidade, que tiveram sua identidade substituída por nomes de pedras preciosas. Todos os registros dos encontros realizados foram anotados pela observadora.

3.6 COLETA DE DADOS

3.6.1 Pesquisa documental

A etapa de pesquisa documental ocorreu no período de maio de 2012 a abril de 2013. Os dados foram obtidos por meio de cinco fontes documentais: **atas** de reuniões da Comissão de Acreditação Hospitalar (de 2006 a maio de 2010) e do Comitê da Qualidade (de junho de 2010 a maio de 2013); **planejamentos anuais** da Comissão de Acreditação Hospitalar (CAH) e do Comitê de Qualidade (de 2004 a 2012); **roteiros de itens de verificação** para as auditorias; **dados referentes às capacitações** realizadas (de abril de 2010 a dezembro de 2012) e **Plano Estratégico Institucional** de 2012 a 2015. Também foram utilizados dados de trabalhos desenvolvidos junto à AGQ (SEIFFERT; WOLFF; WALL, 2011; SEIFFERT *et al.* 2011; ROTHBARTH, 2011; IPASS, 2010, 2011, 2013).

3.6.2 Pesquisa Participante – Consultoria interna

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2012 a abril de 2013. Sendo que a técnica utilizada foi a de grupos operativos viabilizados por meio de oficinas. Foram realizados nove encontros, totalizando uma carga horária de doze horas e cinquenta e cinco minutos. As oficinas foram realizadas nas dependências da Clínica Médica Masculina, no décimo andar do HC/UFPR.

A pesquisadora contou com a presença de uma observadora enfermeira, que registrou durante os encontros os temas abordados, a técnica utilizada, os resultados obtidos e as falas dos participantes.

O observador além deste papel, registrou as interações dos membros do grupo, bem como as reações da pesquisadora diante das diversas situações que poderiam dificultar o êxito da pesquisa. Após cada encontro, com o objetivo de validação das anotações, a observadora realizou a leitura dos seus registros para o grupo em voz alta. Os participantes foram estimulados a solicitarem mudanças caso

houvesse alguma divergência entre os registros e a realidade vivida em cada encontro.

Ao término dos encontros, as informações foram digitadas e utilizadas para descrição e análise da dinâmica da consultoria interna ao longo das oficinas. Após cada etapa desenvolvida foi efetuada uma análise dos resultados obtidos.

O Quadro 1 apresenta o planejamento pedagógico das oficinas da consultoria interna.

ENCONTRO PRELIMINAR			
ETAPA	ATIVIDADE	ESTRATÉGICA PEDAGÓGICA	PRODUTO ESPERADO
Método da Problemática mediante o Arco de Maguerez: composto por cinco etapas: observação da realidade, definição de pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Objetivo: transformar a realidade vivida com a visão de novas informações e conhecimentos	Reunião preliminar: - Apresentar ao grupo a proposta da pesquisa e seus objetivos. - Obter assinatura do TCLE - Realizar contrato com os participantes definindo datas, horários, local e duração das oficinas.	- Exposição dialogada com apresentação de slides - Leitura do TCLE - Discussão em grupo	- Participação consciente do grupo para o desenvolvimento do método que visa à adesão a práticas seguras preconizadas na instituição.
OFICINA OBSERVAÇÃO DA REALIDADE			
ETAPA	ATIVIDADE	ESTRATÉGICA PEDAGÓGICA	PRODUTO ESPERADO
Observação da realidade e definição do problema: - Apropriação de informações - Identificação das características da realidade Objetivo: refletir para transformar a realidade.	Primeiro encontro - Discutir a situação da (in)segurança na assistência à saúde - Discutir o modelo vigente diante de um erro grave - Apresentar os dados institucionais referentes ao nível de segurança Segundo encontro - Introduzir conceitos básicos na área da segurança do paciente.	- Leitura de casos disponíveis na mídia nacional e clássicos na literatura mundial. - Destaque e discussão dos pontos que chamam atenção nos casos lidos e da realidade do hospital. - Exposição dialogada com apresentação de slides dos conceitos básicos na área da segurança do paciente.	Diagnóstico da segurança na assistência à saúde no hospital.

QUADRO 1 – PLANEJAMENTO PEDAGÓGICO DAS OFICINAS DA CONSULTORIA INTERNA, ETAPAS, ATIVIDADES, ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA E PRODUTO ESPERADO (continua)
 FONTE: A autora (2013)

OFICINA DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE			
ETAPA	ATIVIDADE	ESTRATÉGICA PEDAGÓGICA	PRODUTO ESPERADO
Definição dos pontos-chave: - Reflexão acerca dos possíveis fatores e determinantes maiores relacionados ao problema. Objetivo: possibilitar uma compreensão maior da complexidade e da multideterminação do problema.	Primeiro encontro - Apresentar a evolução histórica sobre a segurança do paciente - Introduzir o conhecimento teórico sobre: gerenciamento de riscos, cultura de segurança e princípios-chave do moderno movimento para segurança do paciente. Segundo encontro - Introduzir o conceito de cultura de segurança e as dificuldades para vivenciá-la - Apresentar a ferramenta HFMEA Terceiro Encontro - Identificar os principais riscos e suas causas relacionados à assistência do paciente em sua unidade de trabalho utilizando a HFMEA. - Fornecer textos para a próxima etapa: iniciativas internacionais para melhoria da segurança.	-Exposição dialogada com apresentação de <i>slides</i> -Discussão em grupo sobre os principais obstáculos para cultura de segurança no local de trabalho -Trabalho em grupo para construção da planilha HFMEA: riscos e respectivas pontuações e causas dos riscos -Textos da OMS, <i>bundles</i> do IHI e 10 passos para segurança do paciente do COREN-SP e REBREN-SP	- Reflexão pelos profissionais quanto ao uso de sua criatividade para contribuir na transformação da realidade
OFICINA TEORIZAÇÃO			
ETAPA	ATIVIDADE	ESTRATÉGICA PEDAGÓGICA	PRODUTO ESPERADO
Teorização: - Construção de respostas mais elaboradas para a realidade problematizada - Análise e avaliação do conteúdo previamente disponibilizado Objetivo: sustentar cientificamente a necessidade de transformação	- Discutir os dados obtidos buscando estratégias para transformar a realidade - Apresentar o Programa de Segurança do Paciente adotado no hospital	- Apresentação do conteúdo previamente estudado pelos participantes do grupo. Os profissionais usarão de criatividade para apresentar os pontos que julgaram mais importantes. - Exposição dialogada com apresentação de <i>slides</i> enfocando o Programa de Segurança do Paciente-	- Compreensão mais crítica pelos profissionais da realidade que os cerca e das propostas para transformação desta realidade

QUADRO 1 – PLANEJAMENTO PEDAGÓGICO DAS OFICINAS DA CONSULTORIA INTERNA, ETAPAS, ATIVIDADES, ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA E PRODUTO ESPERADO (continuação)

FONTE: A autora (2013)

OFICINA HIPÓTESES DE SOLUÇÃO			
ETAPA	ATIVIDADE	ESTRATÉGICA PEDAGÓGICA	PRODUTO ESPERADO
Hipóteses de solução: - Criatividade e originalidade para propostas de solução dos problemas - Uso da realidade melhor compreendida para aprender com ela mesma, sob um novo olhar. Objetivo: estar livre para pensar e buscar mudanças reais na realidade	- Elegir as práticas seguras mais importantes para a realidade da unidade - Discutir a viabilidade de aplicação das medidas factíveis e de maior impacto na segurança do paciente aplicada à realidade da CMM. - Exercitar a notificação de eventos adversos no hospital - Notificar eventos reais da unidade/instituição para a próxima oficina	- Trabalho em grupo para continuidade da construção da planilha HFMEA: descrição de medidas preventivas e planos de contingência relacionados aos principais riscos e identificados no encontro anterior. - Trabalho em grupo para descrever hipóteses de solução para as situações prioritárias de melhoria da segurança - Leitura de textos com situações cotidianas sobre eventos adversos a serem relatados em impresso próprio da instituição.	- Profissionais aptos à adesão consciente ao Programa de Segurança do Paciente
OFICINA APLICAÇÃO À REALIDADE			
ETAPA	ATIVIDADE	ESTRATÉGICA PEDAGÓGICA	PRODUTO ESPERADO
Aplicação à realidade: - Possibilita a intervenção responsável e embasada tanto no conhecimento mais profundo da realidade vivida como nas propostas refletidas pelo grupo Objetivo: realizar uma intervenção consciente na realidade	- Avaliar as notificações realizadas na unidade quanto à pertinência e conteúdo informativo sobre o evento - Investigar os eventos adversos notificados, buscando suas causas, classificando-os quanto às consequências ao paciente, evitabilidade e medidas preventivas a serem adotadas	- Discussão em grupo sobre a qualidade das notificações e dificuldades encontradas - Trabalho em grupo com discussão sobre as diferentes situações	- Profissionais motivados à adesão ao Programa de Segurança do Paciente, conscientes de seus papéis como agentes de segurança do paciente

QUADRO 1 – PLANEJAMENTO PEDAGÓGICO DAS OFICINAS DA CONSULTORIA INTERNA, ETAPAS, ATIVIDADES, ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA E PRODUTO ESPERADO (continuação)

FONTE: A autora (2013)

OFICINA DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E CONCLUSÃO				
ETAPA		ATIVIDADE	ESTRATÉGICA PEDAGÓGICA	PRODUTO ESPERADO
Acompanhamento, Avaliação e Conclusão: - Controle dos resultados, auto-avaliação individual, avaliação pelo consultor e desligamento do consultor Objetivos: apresentar os resultados obtidos, promovendo uma reflexão para auto-avaliação individual e avaliação pelo consultor, bem como estimular o grupo à continuidade do trabalho		- Avaliar o impacto do processo de consultoria focando a transformação da realidade - Apresentar os resultados referentes ao número de notificações realizadas na CMM e UNICLIN nos anos de 2012 e 2013 - Estimular a auto-avaliação pelos participantes - Realizar a avaliação do trabalho pelo consultor - Realizar o desligamento da consultora	- Discussão em grupo sobre a situação das ações propostas para implantação/implementação nos encontros anteriores - Exposição dialogada com apresentação de <i>slides</i> contendo o quantitativo de notificações na CMM e UNICLIN - Trabalho individual mediante respostas a três perguntas e posterior relato das percepções - Relato da consultora mediante apresentação de <i>slide</i> sobre sua percepção da evolução do grupo - Recomendações da consultora referentes à importância das ações para continuidade e aprofundamento do trabalho realizado.	-Profissionais motivados e conscientes: - sobre sua autonomia para refletir criticamente - sobre o valor do trabalho em grupo para transformar a realidade de forma objetiva e consistente

QUADRO 1 – PLANEJAMENTO PEDAGÓGICO DAS OFICINAS DA CONSULTORIA INTERNA, ETAPAS, ATIVIDADES, ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA E PRODUTO ESPERADO (conclusão)

FONTE: A autora (2013)

3.7 ANÁLISE DE DADOS

3.7.1 Pesquisa documental

Após leitura exaustiva de cada fonte documental, foram identificados fragmentos dos textos relacionados a temas referentes ao gerenciamento de riscos e à cronologia da construção do programa de segurança do paciente no HC/UFPR.

Foram constituídas seis categorias relativas às etapas dessa construção: **diagnóstico preliminar; primeira etapa do planejamento; etapa de sensibilização/capacitação** da comunidade hospitalar; **segunda etapa do planejamento; notificação, investigação e monitoramento dos indicadores; e ciclo de melhoria.**

Embora os fatos históricos tenham sido agrupados em categorias distintas, essas não seguiram, obrigatoriamente, uma cronologia sequencial.

3.7.2 Pesquisa participante – Consultoria interna

Os registros dos encontros, tanto do encontro preliminar como os relativos às oficinas, constituíram-se de apontamentos da observadora e da pesquisadora, bem como de material elaborado pelos participantes.

Tais registros foram analisados de modo a constituírem uma síntese de cada encontro no tocante aos objetivos e produtos esperados, de acordo com a montagem institucional e metodológica, inicialmente propostas.

Foram destacadas as falas relevantes, pertinentes aos temas trabalhados em cada oficina, bem como foram descritos os principais resultados da oficina de acordo com a percepção do consultor.

4 RESULTADOS

People make errors, which lead to accidents. Accidents lead to deaths. The standard solution is to blame the people involved. If we find out who made the errors and punish them, we solve the problem, right? Wrong. The problem is seldom the fault of an individual; it is the fault of the system. Change the people without changing the system and the problems will continue.
(DON NORMAN, 1988)

Neste capítulo são apresentados os resultados referentes à descrição do programa de segurança e a sua comparação com a legislação brasileira (BRASIL, 2013b); bem como os resultados do processo de consultoria realizado.

4.1 O PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Nesta seção, são descritas seis categorias relativas às etapas da construção do programa de segurança do paciente no HC/UFPR: **diagnóstico preliminar; primeira etapa do planejamento; etapa de sensibilização/capacitação** da comunidade hospitalar; **segunda etapa do planejamento; notificação, investigação e monitoramento dos indicadores; e desenvolvimento do ciclo de melhoria.**

4.1.1 A etapa preliminar de diagnóstico

A etapa preliminar de diagnóstico iniciou no ano de 2007, quando a Comissão de Acreditação Hospitalar (CAH), sob a premissa de que “a responsabilidade civil está relacionada ao risco, portanto a instituição deve registrar os procedimentos de todos os profissionais no prontuário” (HC/UFPR, 2007a), detectou uma não conformidade em relação aos riscos de responsabilidade civil no

hospital. Essa se referia à incompletude de preenchimento de registros de evolução clínica e de outros registros relevantes em prontuários de pacientes, o que apontava para fragilidades na identificação de aspectos referentes à segurança do paciente.

Considerando que não há processo de acreditação sem gerenciamento de riscos e eventos adversos, em 2007, a Comissão de Acreditação Hospitalar (CAH) apontou que a gerência de risco do Hospital Sentinela, o Serviço de Epidemiologia e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) deveriam trabalhar juntos na gestão de eventos adversos (HC/UFPR, 2007b).

Em 2008, um dos objetivos de trabalho da CAH era a revisão dos itens de orientação para as auditorias de qualidade nas diferentes áreas do hospital. Foi incluído nas novas listas de verificação um item que se referia ao gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança, conforme o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2006). Porém, as equipes não haviam sido preparadas para adotar medidas para o gerenciamento destes riscos, de eventos adversos e sentinela.

Ainda no ano de 2008, houve um consenso entre os membros da CAH de que era necessário estabelecer padrões e apoiar a comunidade hospitalar quanto à definição de eventos adversos e sentinela a serem trabalhados em unidades administrativas e assistenciais. Uma vez que não havia um método organizado para o gerenciamento desses incidentes, houve a sugestão de que se realizasse um *benchmarking* interno, a fim de identificar e aplicar boas práticas nos diferentes serviços/unidades, já que eram livres para criar seu próprio gerenciamento de riscos, e alguns se destacavam com boas práticas (HC/UFPR, 2008).

Em 2009, vários membros da CAH participaram de cursos sobre segurança e gerenciamento de riscos, este último oferecido por uma instituição acreditadora (HC/UFPR, 2009a). As atas de 2009 e 2010 registram discussões que evidenciam: o gerenciamento de riscos como uma fragilidade na instituição; e que existiam muitas estratégias relativas à segurança a serem adotadas pelo hospital; bem como a preocupação sobre quais delas deveriam ser implantadas em prol de um sistema de gerenciamento efetivo de eventos adversos e de riscos (HC/UFPR, 2009b; 2010e; 2010g).

Entre as estratégias discutidas, destacam-se: as Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, elaboradas pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, instituída pela Organização Mundial da Saúde (HC/UFPR, 2009b).

4.1.2 Primeira etapa de planejamento

A etapa de planejamento do Gerenciamento de Riscos iniciou ainda em 2009, a partir do planejamento para a criação da Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ), que passaria a ser o órgão institucional responsável pelo Programa de Segurança do Paciente, no qual estaria incluído o Gerenciamento de Riscos. Mas somente em 2010, constam registros sobre este planejamento (HC/UFPR, 2010d).

Embora o programa de segurança do paciente seja responsabilidade da AGQ, órgão consultivo, normativo e executor da maioria das ações, algumas ficaram sob a responsabilidade de serviços e comissões do HC/UFPR. Pode-se citar o programa de segurança cirúrgica, que é desenvolvido pelo Comitê de Segurança Cirúrgica; as ações de controle de infecção hospitalar, da alçada do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; o Serviço de Epidemiologia, que responde por todas as questões relativas a doenças e agravos de notificação compulsória; e, a prevenção e as lesões de pele e agravos, sob a responsabilidade da Comissão de Cuidados com a Pele, da Direção de Enfermagem. Todavia ocorrem interfaces destes serviços e comissões com a AGQ.

Em janeiro de 2010, foi aprovado um projeto de Capacitação Gerencial em Gestão da Qualidade, tendo como público-alvo as lideranças do HC/UFPR (HC/UFPR, 2010c). Neste curso haveria um módulo específico para o Gerenciamento de Riscos, o qual foi organizado em cinco partes: conceitos básicos sobre segurança, riscos aplicados à enfermagem e ao corpo clínico, riscos administrativos e Hospital Sentinela.

É importante ressaltar que o HC/UFPR é um Hospital Sentinela (HS), ou seja, faz parte da Rede Sentinela desde o início de sua existência, em 2002. A Rede Sentinela é coordenada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),

sendo constituída por um conjunto de hospitais, e tem por objetivo a vigilância de produtos pós-comercialização e pós-uso. O objetivo principal da rede é de constituir uma rede de hospitais brasileiros motivados e qualificados para notificação de eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde (ANVISA, 2012).

Em 2010, a gerente de risco do HS no HC/UFPR era uma farmacêutica, responsável também pela farmacovigilância. Havia também uma hemovigilante, uma responsável pela vigilância de saneantes, responsável pela vigilância de produtos para diagnóstico *in vitro*; e um responsável específico para a tecnovigilância. Com a criação da Assessoria de Gestão da Qualidade, o HS deixa de ser subordinado à Direção de Corpo Clínico e é incorporado pela AGQ, como um programa (HC/UFPR, 2010a).

O Programa de Segurança, em seu planejamento inicial, teve como estratégia a utilização de uma adaptação da planilha *Healthcare Failure Mode Effects and Analysis* (HFMEA), para identificação de riscos, definição das principais causas dos riscos e elaboração de medidas preventivas para que estes não se concretizem em eventos adversos. Foi definido também, que havia necessidade de registro dos eventos adversos, análise destes eventos, definição de medidas preventivas e monitoramento de indicadores, porém não ficou estabelecido o método a ser utilizado para operacionalizar todas essas ações (HC/UFPR, 2010d).

A HFMEA, primeira ferramenta a ser utilizada no Gerenciamento de Riscos no HC/UFPR, é uma ferramenta desenvolvida pela indústria aeroespacial em 1960, com o objetivo de avaliar os riscos dos sistemas, processos ou serviços. O *Veterans Health Administration* (VHA) adaptou a ferramenta para as instituições de saúde, sendo então considerada como muito adequada e exigida pela *Joint Commission* às instituições acreditadas desde 2001 (FELDMAN, 2008).

A HFMEA possui uma abordagem proativa; propicia a identificação de riscos, problemas ou falhas antes de sua ocorrência; estimula o trabalho em equipe e a colaboração entre as diferentes áreas. Sugere medidas preventivas e corretivas, criando informações históricas e documentação sobre os processos (FELDMAN, 2008).

O planejamento do Programa de Segurança do HC instituía sete projetos: **gerenciamento de eventos adversos assistenciais**, tendo como coordenadora uma enfermeira; **Hospital Sentinela**, com sua gerente de risco farmacêutica; **riscos**

ocupacionais e riscos de biossegurança, gerenciados por uma administradora (HC/UFPR, 2010e, 2010f). A **gestão de riscos ambientais** teve como coordenadora uma profissional formada em química, responsável pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos. A **gestão de riscos relacionados à responsabilidade civil**, com enfoque inicial no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para autorização de procedimentos invasivos que oferecessem riscos ao paciente, ficou sob a responsabilidade de uma médica; e os **riscos relacionados às infecções hospitalares**, eram coordenados por uma farmacêutica, lotada no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

Cada projeto foi apresentado em reuniões do Comitê da Qualidade (CQ) para discussão e aprovação. Posteriormente, foram apresentados à Diretoria do hospital. Paralelamente ao Planejamento das estratégias metodológicas do programa, foi avaliada a primeira ação prática do gerenciamento de riscos, que se referiu à identificação do paciente.

Encerra-se a primeira parte do planejamento do Programa de Segurança do Paciente do HC/UFPR, e em abril de 2010 é iniciada a sensibilização/capacitação da comunidade hospitalar a fim de introduzir o Gerenciamento de Riscos, método com etapas definidas que viabilizaria o Programa de Segurança.

4.1.3 Etapa de sensibilização/capacitação da comunidade hospitalar

Esta etapa iniciou com a realização do curso de Capacitação Gerencial em Gestão da Qualidade, tendo como público-alvo as lideranças – diretores, gerentes e supervisores das unidades gerenciais. Paralelamente a este curso, ocorreram 24 oficinas direcionadas aos enfermeiros, em dois turnos diurnos (HC/UFPR, 2010g). Primeiramente a capacitação foi direcionada a estes profissionais, por serem considerados importantes agentes na promoção de uma assistência livre de injúrias, os que mais tempo permanecem junto ao paciente e familiar, tendo condições de avaliar suas mudanças no momento em que ocorrem (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2008). Destaca-se que os enfermeiros estão no centro do cuidado dos pacientes, e, portanto, são líderes essenciais ao aprimoramento da qualidade da

assistência. Podem interceptar e prevenir os danos antes que atinjam ao paciente (HUGHES, 2008).

Nessas 24 oficinas, foram apresentados os conceitos básicos de segurança do paciente, o panorama dos eventos adversos no mundo e a necessidade de medidas quanto à situação vigente. Houve um momento de construção das planilhas HFMEA, no qual os enfermeiros foram estimulados a mapearem os principais riscos aos quais pacientes e trabalhadores estavam expostos. Foram definidas as principais causas dos riscos, bem como medidas preventivas e planos de contingência, caso o risco se concretizasse em evento adverso. O conteúdo trabalhado nas oficinas baseou-se em Feldman (2008), Wachter (2010), Kohn e Corrigan e Donaldson (2000), Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2006; 2010), iniciativas para segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI).

Às lideranças e enfermeiros participantes do curso e oficinas, após a etapa de elaboração da HFMEA com o instrutor em sala, coube a atividade de levar os riscos mapeados nas planilhas e discuti-los com a equipe multiprofissional em suas unidades de origem, a fim de que o que foi trabalhado nas planilhas não ficasse sob o domínio de apenas uma categoria profissional, já que os riscos devem ser gerenciados por diferentes profissionais, nas várias etapas do processo de trabalho (FELDMAN, 2008).

Uma atividade de destaque desenvolvida na fase de sensibilização foi a ocorrência do Primeiro Fórum de Segurança do Paciente (HC/UFPR, 2010g). Esta foi uma sensibilização aberta a toda comunidade hospitalar, que teve sua participação estimulada por lideranças, com a possibilidade de participação em diferentes horários. Neste fórum foi lançada a pulseira de identificação do paciente e o procedimento operacional padrão para adotá-la na instituição.

A adoção de pulseira de identificação do paciente é uma das ações iniciais no que se refere a melhorar a segurança na assistência. A identificação do paciente, segundo Avelar *et al.* (2010) é considerado o primeiro passo para segurança do paciente.

Em agosto de 2010, é identificada a necessidade de se expandir as capacitações para os diferentes grupos, como às equipes de Nutrição, Infraestrutura e Hotelaria (HC/UFPR, 2010g). Desde o início do Programa foram inúmeros os

momentos de participação dos membros da Assessoria de Gestão da Qualidade em reuniões de colegiado das unidades, no Programa de residência multiprofissional do hospital, nas aulas dos cursos de graduação em enfermagem e medicina, bem como em outros momentos que incluíam elementos da comunidade hospitalar.

Em fevereiro e março de 2011 ocorreram capacitações da equipe multiprofissional para a realização de notificações e investigações de eventos adversos. O público-alvo foi composto por diretores, gerentes, supervisores, integrantes de grupos internos da qualidade (GIQ), equipe de enfermagem e demais interessados. Houve participação expressiva da comunidade, mas os momentos para capacitação destas etapas se repetiram conforme a necessidade apontada pelos próprios serviços e comissões.

Destaca-se a relevância da adesão a notificação pelos Serviços de Epidemiologia, de Controle de Infecção Hospitalar e Comissão de Óbitos, que executam atividades que requerem a revisão de prontuários, fontes indispensáveis para análise de dados sobre o tratamento do paciente e possível identificação de situações de desvios da qualidade da assistência.

4.1.4 Segunda etapa do planejamento

Em agosto e setembro de 2010 ocorreu a segunda parte do planejamento do gerenciamento de riscos. Por meio de metodologia problematizadora aplicada pela assessora de gestão da qualidade, foi desenvolvida a ferramenta para notificação de eventos adversos/sentinela/queixa técnica, bem como foi construída a metodologia para análise de eventos adversos graves, ou com alto potencial para causarem danos ou se tornarem sistêmicos. Participaram desta etapa os membros da AGQ e foram realizadas cinco oficinas (SEIFFERT; WOLFF; WALL, 2011).

Na avaliação diagnóstica realizada por instituição acreditadora em novembro de 2010 foi apontada uma fragilidade em relação ao gerenciamento de riscos, que foi considerado em fase inicial (IPASS, 2010). A AGQ planejou, então, uma estratégia para as etapas seguintes de notificação e investigação (HC/UFPR, 2010h).

Outra fragilidade apontada na avaliação diagnóstica por instituição acreditadora foi a ausência de gestão de documentos. Para solucioná-la, foi planejada a aquisição de um programa informatizado para qualidade, uma vez que permitiria um gerenciamento melhor dos riscos quanto ao monitoramento dos planos de ação e registro de notificações. A AGQ almejava diminuir o tempo entre a ocorrência do evento e o recebimento das notificações, bem como da realização de ações corretivas e preventivas. Ademais, pretendia-se que o fluxo da tramitação dos documentos fosse abreviado, proporcionando resposta rápida a todos (HC/UFPR, 2012d). O hospital adquiriu o *software*, mas o módulo destinado ao gerenciamento de riscos ainda não foi ativado até maio de 2013.

Em 2012, foi planejado pela AGQ/CQ e, posteriormente executado, pela comunidade hospitalar um ciclo de melhoria do gerenciamento de riscos do hospital (HC/UFPR, 2012d), que está apresentado na seção 4.1.6.

4.1.5 Etapa de notificação, investigação e monitoramento de indicadores

Para a notificação, optou-se por um formulário de fácil preenchimento e acessível a toda comunidade hospitalar (SEIFFERT; WOLFF; WALL, 2011) e que fossem confidenciais. Sendo assim, a identidade do notificador seria conhecida, mas protegida, o que facilitaria a investigação de um evento e não inibiria o indivíduo que o registraria (WACHTER, 2010).

Foram desenvolvidos fluxos de encaminhamento das notificações. Aquelas nas quais foram registrados danos aos pacientes seriam encaminhadas à Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ), e as relativas a eventos que não implicaram danos ao paciente, seriam encaminhadas aos Grupos Internos de Qualidade (GIQ). Estes referem-se a times da qualidade das unidades gerenciais, nos quais participam cinco a oito membros de uma unidade, que se reúnem sistematicamente e tratam das questões da qualidade em seus locais de trabalho (SEIFFERT *et al.*, 2011).

Foi adotado o método de Análise de Causa Raiz (ACR) para investigação de eventos adversos graves. A AGQ realizaria a classificação dos eventos, sendo que

os graves foram definidos como aqueles que acarretaram prolongamento da internação, necessidade de procedimento invasivo, transferência para unidade de terapia intensiva, sequelas ao paciente, até o óbito. A ACR foi o método adotado também para os eventos que não atingissem o paciente, mas que possuísem um potencial de consequências graves, de forma sistêmica, na instituição (SEIFFERT; WOLFF; WALL, 2011).

Após a ACR, caso o evento fosse considerado evitável, seria desenvolvido um plano de ação pela equipe participante da reunião de investigação (SEIFFERT; WOLFF; WALL, 2011), a fim de que fosse respondida a principal pergunta: “o que faremos para que o evento não se repita?”.

Os eventos que não causassem danos perceptíveis e imediatos ao paciente seriam analisados pelos GIQ a fim de que fossem apontadas medidas preventivas e corretivas, e disseminadas a toda equipe. Neste método, foi proposto que deveria ser comum, a qualquer tipo de evento, chegar ao desfecho quanto aos seguintes aspectos: evitabilidade, possíveis causas e medidas corretivas/preventivas do evento (SEIFFERT; WOLFF; WALL, 2011).

O fluxo de investigação de eventos adversos teve alteração frente ao alto número de notificações recebidas pela AGQ. Atualmente, são encaminhadas a essa Assessoria as notificações com consequências sérias ao paciente ou com potencial sistêmico para tal, ou seja, aquelas que demandam ACR. Quando os eventos adversos são oriundos de outros setores, e não causaram danos graves ao paciente, as notificações referentes aos mesmos são encaminhadas diretamente ao coordenador do GIQ do setor de origem do evento.

A partir do conhecimento do número de eventos adversos, as unidades do HC/UFPR têm seu perfil delineado em relação ao nível de segurança, gerando indicadores. Atualmente, entre as unidades gerenciais mais antigas do hospital³, as primeiras a participarem do novo modelo de gestão da instituição têm como meta o acompanhamento de indicadores de segurança em seu contrato gerencial⁴. Estes

³ Unidade de Urgência e Emergência, Unidade de Centro Cirúrgico, Unidade de Nutrição e Dietética, Unidade de Farmácia Hospitalar, Unidade de Ambulatórios, Unidade de Apoio Diagnóstico, Unidade Cardiovascular e Pneumologia, Unidade de Imagem e Radioterapia e Unidade de Contabilidade e Finanças, Unidade de Abastecimento, Unidade de Administração Pessoal, Unidade de Infraestrutura, Unidade de Informação e Unidade de Hotelaria Hospitalar.

⁴ Consiste de metas institucionais, definidas pela Direção; bem como de metas específicas, propostas pela Unidade Gerencial, e contratualizadas com a Direção.

indicadores são definidos pela própria unidade, em conjunto com a AGQ (HC/UFPR, 2011c).

Em 2011, os riscos ocupacionais não eram mais gerenciados pela AGQ, considerando que existia uma área específica destinada para este fim, o Serviço de Saúde e Medicina do Trabalho (SESMT, da UFPR; SESAO, da FUNPAR) (HC/UFPR, 2011b). As notificações que envolvessem riscos ou eventos relacionados à saúde do trabalhador, e que fossem enviadas à AGQ, seriam analisadas e encaminhadas aos órgãos competentes.

Ainda em 2011, houve um avanço em relação ao TCLE, que foi disponibilizado na Intranet institucional, com respectivos modelos e procedimento operacional padrão. O avanço foi lento, e muitos profissionais não aderiram ao termo conforme o preconizado. Portanto, foi solicitada uma consultoria jurídica para sanar as principais dúvidas. Surgiu, então, a proposta de uma parceria com escritório especializado, interessado em realizar trabalho voluntário no HC/UFPR, tendo como foco o direito preventivo na saúde. O foco do gerenciamento dos riscos que se referem à assistência médica permanece no desenvolvimento e adesão ao TCLE e protocolos assistenciais (HC/UFPR, 2011e).

Os dados referentes às notificações dos eventos adversos e investigações por meio da análise de causa raiz são apresentados, trimestralmente, ao Comitê de Qualidade (CQ). Considerando o perfil que se delineia, com oscilações no número de notificações, foi apontada a necessidade de desenvolvimento de três políticas institucionais: prevenção de quedas, de erro de medicação e de evasão de pacientes. Existem grupos de trabalho coordenados, conjuntamente, pela AGQ, Direção de Enfermagem e Unidade de Farmácia Hospitalar, com a finalidade de parceria no estabelecimento das referidas políticas (HC/UFPR, 2012d).

Em junho de 2012 foi apresentado ao Comitê da Qualidade um relatório sobre as notificações realizadas a partir do seu início, em março de 2011, até março de 2012. Os dados se referiam ao quantitativo de notificações por unidade/serviço, principais tipos de eventos e eventos graves notificados à AGQ e à instituição acreditadora. Um dos objetivos das apresentações dos dados do Gerenciamento de Riscos consistia no aprendizado com os erros, a disseminação do método e respostas aos notificadores e profissionais que se empenham diariamente às questões da segurança do paciente. Houve a conclusão de que já havia, portanto,

um diagnóstico inicial, e, conseqüentemente muito trabalho sendo desenvolvido e ações de melhoria a serem tomadas (HC/UFPR, 2012e).

4.1.6 Desenvolvimento do ciclo de melhoria

O Gerenciamento de Riscos, a partir do primeiro trimestre de 2012, passou pela organização de propostas a fim de estabelecer um ciclo de melhoria ao método, conforme planejamento da AGQ/CQ. Ocorreram discussões entre a AGQ e os coordenadores dos GIQs mais atuantes com vistas à evolução do gerenciamento de riscos. Estes apresentaram seus dados ao Comitê da Qualidade, expondo a realização do Gerenciamento de Riscos em suas unidades de trabalho, bem como as dificuldades e obstáculos vividos no cotidiano (HC/UFPR, 2012f).

A proposta de mudanças para o ciclo de melhoria do Gerenciamento de Riscos foi apresentada em um evento institucional, no qual participaram elementos dos Grupos Internos da Qualidade e o Comitê da Qualidade. Os objetivos deste ciclo de melhoria consistiam em facilitar o processo de notificação e investigação de eventos adversos; estimular as notificações; e aproximar o método à realidade vivenciada pela comunidade hospitalar a fim de melhorar a adesão e disseminação das diretrizes, homologados pelo Comitê (HC/UFPR, 2012g).

Além de viabilizar a submissão da proposta de melhoria do Gerenciamento de Riscos aos GIQ e ao Comitê da Qualidade, o evento também teve como finalidade constituir-se em uma oportunidade para a troca de experiências, no que se referia ao Programa de Segurança do Paciente (HC/UFPR, 2012g).

As principais ações realizadas no ciclo de melhoria incluíram: a revisão dos formulários de notificação e investigação de eventos adversos; a padronização da classificação dos eventos adversos; a atualização/criação de procedimentos operacionais padrão e fluxos de tratamento dos eventos adversos e quase erros; a discussão sobre as principais dificuldades relacionadas ao Programa de Segurança do Paciente (HC/UFPR, 2012g).

Em relação à notificação de eventos, as mudanças mais relevantes consistiram em destacar a não obrigatoriedade de identificação do notificador, bem

como o encaminhamento da notificação à chefia do serviço ou coordenador do GIQ (HC/UFPR, 2012g). Outras mudanças referiram-se ao acréscimo de campos para o registro do serviço/unidade de incidência do evento e do código da notificação, facilitando a rastreabilidade dessa; e, retirada do campo para diagnóstico do paciente, substituindo-o pela idade. Houve também a substituição da palavra dano por conseqüência, considerada mais abrangente, e em consonância com o *International Classification for Patient Safety - ICPS da WHO* (2012a).

Os objetivos das mudanças referentes à investigação de eventos se referiram à agilidade no seu tratamento, bem como a resposta mais rápida ao notificador, buscando maior credibilidade ao Programa de Segurança do Paciente pela comunidade hospitalar.

A partir de setembro de 2012, foi adotada no HC/UFPR a Estrutura Conceitual para Classificação Internacional da Segurança do Paciente da WHO (2012a).

Em outubro de 2012, houve o lançamento do Programa de Segurança Cirúrgica, cuja principal ação foi a de implantar, no âmbito hospitalar, os dez objetivos para a segurança cirúrgica, preconizados pela OMS (HC/UFPR, 2012h). As ações para implantação do *check list* da cirurgia segura já estavam sendo planejadas e aplicadas em unidades-piloto, desde o ano de 2010.

Para o ano de 2013, uma das ações que constam no planejamento do Programa de Segurança do Paciente é a de continuidade de construção e implantação de políticas de prevenção de erros de medicação e de evasão de pacientes, uma vez que a política de prevenção de quedas se encontra em fase de implantação. Para prevenção do erro de medicação foi constituído um grupo, sob coordenação da Assessoria de Gestão da Qualidade, Direção de Enfermagem e Unidade de Farmácia Hospitalar (HC/UFPR, 2012i).

Outra ação, prevista para o segundo semestre de 2013, é a promoção da cultura de segurança na instituição, objetivo incluso no planejamento estratégico institucional para 2012-2015, tendo como etapa inicial a aplicação de questionário (*Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC*) em toda a instituição. Esta etapa permitirá avaliar a cultura de segurança vigente no hospital, identificando os pontos fortes e fragilidades na cultura, com vistas à melhoria da segurança do paciente (HC/UFPR, 2012i).

Outros projetos previstos no referido Plano Estratégico impactam, diretamente, na segurança do paciente. O Quadro 2 destaca alguns desses projetos institucionais, vistos sob as perspectivas de processos internos (Acreditação Nível 3 da ONA) e de aprendizagem e crescimento (Elaboração da Política de Recursos Humanos). Estes projetos vêm responder à necessidade de trabalhar, transformando as condições organizacionais, de modo a prevenir erros e contribuir para a segurança do paciente.

PROJETOS SOB A PERSPECTIVA DOS PROCESSOS INTERNOS	PROJETOS SOB A PERSPECTIVA DE APRENDIZAGEM E CRESCIMENTO
<p>Acreditação Nível 3 da ONA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prontuário eletrônico do paciente - Gestão clínica por linha de cuidado (Protocolos Clínicos) - Sistematização da Assistência de Enfermagem - Promoção da Cultura de Segurança com foco no Paciente - Planejamento de compras, padronização de novos itens e controle de estoque - Criação de <i>staff</i> de controladoria - Gestão da Qualidade 	<p>Elaboração de Política de Recursos Humanos do HC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dimensionamento e redistribuição de pessoal - Promoção de ações de capacitação dos colaboradores na sua área de atuação - Desenvolvimento de competências interpessoais e prevenção de conflitos.

QUADRO 2 – PROJETOS ESTRATÉGICOS DO HC/UFPR, SEGUNDO AS PERSPECTIVAS DE PROCESSOS INTERNOS E DE APRENDIZADO E CONHECIMENTO, 2012- 2015
 FONTE: Plano Estratégico do Hospital de Clínicas da UFPR (2012-2015)

Após a avaliação de manutenção de certificação do Nível 1, em fevereiro de 2013, por instituição acreditadora externa, o hospital manteve sua condição de acreditado até o presente. O relatório de avaliação apresentou destaque para vários pontos fortes do Programa de Segurança do Paciente. Entre eles: cultura de notificações de eventos adversos disseminada; análise de causas-raiz de eventos adversos graves; método de classificação de eventos sentinela com monitoramento dos planos de ação e análise crítica; método para desenvolvimento de ciclos de melhoria; análise de indicadores por classificação dos tipos de eventos, categoria (ou classe) e grau de consequência dos eventos adversos ao paciente; utilização do ICPS para definir e harmonizar o gerenciamento de riscos; e, utilização do indicador

de evitabilidade para análise dos eventos” (IPASS, 2013). O Quadro 3 apresenta uma síntese das principais estratégias realizadas no hospital.

ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE
Diagnóstico preliminar: 2007-2009
<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão de item referente ao gerenciamento de riscos nos itens de auditorias internas - Projeto para criação de área exclusiva para Qualidade
Primeira etapa de planejamento: 01/2010-03/2010
<ul style="list-style-type: none"> - Aprovação de criação da Assessoria de Gestão da Qualidade - Aprovação de projeto para capacitação das lideranças - Definição da ferramenta a ser utilizada (HFMEA) - Instituição de subprojetos para tratar os diferentes riscos
Sensibilização/capacitação: 04/2010-08/2010; 02/2011-03/2011
<ul style="list-style-type: none"> - Realização de cursos e oficinas direcionados as lideranças, enfermeiros e grupos específicos - Lançamento de pulseira de identificação em Fórum aberto a toda comunidade hospitalar - Capacitação para notificação de eventos adversos e quase erros
Segunda etapa de planejamento: 08/2010-09/2010
<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de ferramenta para notificação de eventos adversos e quase erros - Definição de método para análise de eventos adversos graves
Notificação/investigação/monitoramento de indicadores: 03/2011
<ul style="list-style-type: none"> - Definição de fluxos para tratamento de eventos adversos e quase erros - Início das notificações realizadas pela comunidade hospitalar - Início das investigações de eventos graves pela AGQ - Definição de indicadores alinhados ao contrato de metas das Unidades Gerenciais - Definição do papel decisivo dos Grupos Internos da Qualidade para implementação de estratégias para segurança do paciente
Desenvolvimento do ciclo de melhoria: 01/2012 – 08/2012
<ul style="list-style-type: none"> - Revisão dos formulários de notificação e investigação de eventos adversos - Padronização da classificação dos tipos de eventos, conforme ICPS - Atualização e criação de POP - Atualização de fluxos de tratamento de eventos adversos e quase erros - Apresentação dos resultados obtidos no gerenciamento de riscos institucional - Apresentação pelos GIQ das dificuldades e melhores práticas vivenciadas

QUADRO 3- SÍNTESE DESCRITIVA DAS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS REALIZADAS NO HC/UFPR NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE, 2007- 2012
FONTE: A autora (2013)

A portaria do Ministério da Saúde nº 529, de 01 de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em âmbito nacional e estabelece o comitê sob a coordenação da ANVISA para implementação do referido

programa (BRASIL, 2013a). Este comitê tem a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde por meio de um processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam (artigo 6º).

Os dados descritos sobre Gerenciamento de Riscos no HC/UFPR foram organizados no Quadro 4 e comparados com a RDC 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b), que institui as ações de vigilância sanitária para segurança do paciente em serviços de saúde.

A referida legislação tem por objetivo a regulamentação das recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria nº 529, Ministério da Saúde, de 1º de abril de 2013.

Especificamente, foi considerado o Art. 8º, da Seção II, do capítulo II das condições organizacionais. Esta comparação visou à adoção de parâmetros para uma avaliação normativa preliminar do gerenciamento de riscos institucional, em relação à atual política de segurança do paciente no país.

RDC 36	SITUAÇÃO DO HC
Constituição de Núcleo de Segurança do paciente.	Comissão de Acreditação: 2003-2010. Comitê da Qualidade a partir de 2010.
Observação - A instituição há dez anos possui área específica para questões da qualidade, com implantação gradual de ações para melhoria da segurança.	
Identificação, análise, avaliação, monitoramento, comunicação dos riscos no serviço de saúde de forma sistemática.	<p>Uso da ferramenta HFMEA para identificação dos riscos, com proposta de revisão anual.</p> <p>Sistema de notificação de EA e quase erros.</p> <p>Estabelecimento de fluxos para análise e tratamento de EA e quase erros, conforme grau de consequência ao paciente.</p> <p>Uso de método de Análise de Causa Raiz para EA graves, óbitos e demais incidentes com risco potencial para desfecho grave e óbito do paciente.</p> <p>Existência de POP sobre investigação de incidentes com ausência de danos a consequências moderadas para os GIQ.</p> <p>Elaboração de relatório mensal com número de incidentes, classificação do tipo, grau de consequência e evitabilidade destes.</p> <p>Envio mensal de indicadores de segurança das Unidades Gerenciais à AGQ.</p>
Observação - A instituição supera o preconizado na medida em que analisa incidentes de modo geral (eventos adversos, erros e quase erros).	
Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde.	<p>Hospital referência da Rede Sentinela.</p> <p>Análise de EA decorrentes do uso da tecnologia.</p> <p>Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares.</p> <p>Comissão de Padronização de Equipamentos e Novas Tecnologias.</p> <p>Interface com CCIH e Serviço de Epidemiologia e outras comissões por meio de notificações e ACR.</p>
Observação - Ressalta-se a importância dessas interfaces se consolidarem a fim de que as ações transversais sejam efetivas.	
Identificação do Paciente.	<p>POP de identificação do paciente.</p> <p>Uso de pulseira de identificação.</p> <p>Identificação no leito, prontuário e demais documentos e todos os objetos e insumos do paciente.</p>
Observação - Ressalta-se que para o processo de identificação ser incorporado no cotidiano da organização é necessária mudança de cultura.	

QUADRO 4 – COMPARATIVO ENTRE AS ESTRATÉGIAS DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO HC/UFPR (2003-2012) E AS PROPOSTAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE (continua)

FONTE: A autora (2013), Brasil (2013b).

RDC 36	SITUAÇÃO DO HC
Higiene das mãos.	Campanhas anuais da CCIH e treinamentos sob a demanda da comunidade hospitalar.
Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.	Em fase de implantação os três protocolos de segurança do paciente aprovados, até o momento: prevenção de úlcera por pressão, cirurgia segura e prática de higiene das mãos.
Segurança cirúrgica.	Política de Segurança Cirúrgica, sob a responsabilidade do Comitê de Segurança Cirúrgica, com utilização de <i>check list</i> da OMS em unidades piloto e em fase atual de expansão a todas as especialidades.
Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, sangue e hemocomponentes.	Grupo de trabalho de Segurança na Cadeia Terapêutica Medicamentosa, sob responsabilidade da AGQ, Unidade de Farmácia Hospitalar e DE. Comissão de Padronização de Medicamentos, Comitê Transfusional.
Prevenção de quedas dos pacientes.	Protocolo de Prevenção de Quedas (POP, folder educativo, placa de identificação do risco, uso da escala de Morse, carimbo para identificação de documentos, termo de responsabilidade compartilhada).
Prevenção de úlceras por pressão.	Comissão de Cuidados com a Pele (primeira diretriz a ser trabalhada).
Comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde.	Protocolos de alta multidisciplinar em elaboração e implantação. Prontuário do paciente com anotações dos diferentes profissionais.
Observação – Necessidade de monitorar os resultados esperados em cada etapa de implantação e implementação de novas ações, com vistas a uma mudança de cultura efetiva.	
Estimular a participação do paciente e familiar na assistência prestada.	Protocolo de Prevenção de Quedas com o termo de responsabilidade compartilhada. Aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para procedimentos invasivos.
Observação - Necessidade de ações concretas e sistêmicas. A participação do paciente e familiar é um desafio que envolve mudança de cultura a fim de que o cuidado seja, de fato, centrado no paciente.	

QUADRO 4 – COMPARATIVO ENTRE AS ESTRATÉGIAS DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO HC/UFPR (2003-2012) E AS PROPOSTAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE (continuação)

FONTE: A autora (2013), Brasil (2013b).

RDC 36	SITUAÇÃO DO HC
Segurança no uso de equipamentos e materiais.	Elaboração de descritivos, emissão de parecer técnico, realização e monitoramento de manutenções preventivas e corretivas, emissão de laudos técnicos, capacitação contínua das equipes e ações de tecnovigilância.
Manter registro adequado do uso de órteses e próteses.	O Serviço de Provimento e Distribuição do Centro Cirúrgico mantém ações desde o provimento dos itens, com rastreabilidade em todas as etapas, até as ações de tecnovigilância.
Prevenção e controle de eventos adversos, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde.	O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar desenvolve programa com ações de prevenção e controle de infecções, embasado em busca ativa de infecções, capacitação das equipes, realização de auditorias, investigação de eventos, e interface com o gerenciamento de riscos, notificando e participando de reuniões de ACR.
Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral.	O Serviço de Nutrição e Dietética desenvolve ações que, visam ao uso racional de terapias nutricionais, adotando mecanismos que possibilitam assegurar condições adequadas desde a indicação até o controle clínico e laboratorial e avaliação final das terapias, bem como notificando e investigando eventos adversos ao paciente e condições inseguras da assistência.
Promoção do ambiente seguro	Desenvolve ações relacionadas ao Programa 5 S e à segurança predial, com ações que visam respeitar os padrões exigidos pela ANVISA no quesito uso e ocupação das edificações em ambiente hospitalar, considerando os aspectos de modernização e desenvolvimento tecnológico, bem como, as condições de conforto e segurança das instalações.
Observação – Necessidade de monitorar os resultados esperados em cada etapa de implantação e implementação de novas ações, com vistas a uma mudança de cultura efetiva	

QUADRO 4 – COMPARATIVO ENTRE AS ESTRATÉGIAS DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO HC/UFPR (2003-2012) E AS PROPOSTAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE (conclusão)

FONTE: A autora (2013), Brasil (2013b).

4.2 PROCESSO DE CONSULTORIA

Nesta seção, são descritas as informações coletadas nos nove encontros relativos ao processo de consultoria, constituindo-se de: **Encontro Preliminar**; primeiro e segundo encontros da **Oficina de Observação da Realidade**; primeiro, segundo e terceiro encontros da **Oficina de Definição dos Pontos-chave**; **Oficina da Teorização**; **Oficina Hipóteses de Solução**; **Oficina Aplicação à Realidade** e **Oficinas de Acompanhamento, avaliação e conclusão**.

4.2.1 O encontro preliminar

Neste primeiro contato com o provável grupo, houve a participação de oito pessoas convidadas pelas suas respectivas lideranças formais, sendo duas enfermeiras, sendo que uma delas é a responsável técnica pelo serviço; um secretário (auxiliar de escritório), duas auxiliares de enfermagem; uma assistente social; a gerente de implantação da Unidade de Clínicas Médicas (UNICLIN), com formação em pedagogia e a supervisora administrativa da unidade, com formação em Administração.

A pesquisadora abriu a reunião apresentando-se e esclarecendo o propósito de seu trabalho de realizar uma intervenção junto à Clínica Médica Masculina (CMM), tendo se seguido a apresentação de todos os convidados. Foi esclarecido o motivo da seleção do local de estudo. Foram esclarecidas as características do encontro e a presença da observadora e seu papel.

Foi apresentada a figura ilustrativa do Arco de Maguerez (COLOMBO; BERBEL, 2007) para facilitar o entendimento do método pedagógico do trabalho.

A seguir foram apresentados os benefícios da participação no estudo, com ênfase na oportunidade de capacitação profissional, possibilidade de ser um agente transformador da segurança do paciente e estar alinhado e participando ativamente dos objetivos do Plano Estratégico institucional. Após este esclarecimento um dos convidados apontou a possibilidade de as oficinas propostas facilitarem a formação

do Grupo Interno da Qualidade da Unidade de Clínicas Médicas (UNICLIN) “O trabalho ajudará a montar o Grupo Interno da Qualidade da Unidade Gerencial” (Esmeralda).

A seguir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido em voz alta pela pesquisadora, que explanou sobre cada ponto. Sete convidados assinaram o TCLE. Foram esclarecidas dúvidas do grupo a respeito de emissão de certificado e critérios de seleção para participação.

No final houve um acordo entre os membros sobre horário e local dos encontros, sendo proposto um cronograma para os próximos três. A observadora leu em voz alta seus registros, esclarecendo que os nomes dos participantes seriam substituídos por códigos na pesquisa. Todos os registros do encontro realizados pela observadora foram validados pelos participantes, sem alterações.

SÍNTESE DO ENCONTRO PRELIMINAR
<p>Atividades realizadas com as estratégias pedagógicas previstas.</p> <p>O desenvolvimento do processo de consultoria mediante oficinas foi explicitado, tendo como opção pedagógica o Método do Arco de Maguerez, contemplando as características dos encontros, atividades, estratégias pedagógicas e produto esperado.</p> <p>O grupo foi constituído por oito participantes, sendo que sete assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido.</p> <p>Foram definidos pelo grupo: a data dos encontros, horário, local e duração.</p>

QUADRO 5 – SÍNTESE DO ENCONTRO PRELIMINAR, HC/UFPR, 2013
FONTE: A autora (2013)

4.3 OFICINA DE OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

Esta etapa foi constituída por dois encontros, contando com a presença de seis participantes no primeiro encontro e cinco no segundo.

4.3.1 Primeiro encontro

Foi esclarecida a proposta de trabalho para o encontro e lembrado o Método do Arco. Como estratégia pedagógica, a pesquisadora utilizou *slides* e textos com *cases* da mídia nacional a fim de contextualizar a realidade de (in)segurança na área da saúde, com discussão entre os participantes (*“A segurança no Brasil é precária, maquiada”*- Vários participantes).

Em uma das atividades, o grupo destacou os pontos relevantes a respeito do evento, amplamente divulgado na mídia nacional, ocorrido no estado do Rio de Janeiro, referente à administração de dieta em via errada, por uma estagiária de enfermagem principiante, causando o óbito da paciente.

O grupo apresentou uma forte reação e posicionou-se de várias maneiras, desde a atribuição de responsabilidade pelo erro (*“No caso do café com leite na veia. Pra mim o supervisor é o principal culpado, que não estava junto à aluna”*- Opala); até o entendimento de que o erro é multifatorial (*“Foi uma sequência de erros, e dependendo do local a atribuição de responsabilidades difere.”* Topázio). Referiram a falibilidade humana (*“Os casos que acontecem dependem da consciência de cada um, os profissionais podem estar cansados e errar mesmo”* – Vários participantes); e destacaram a responsabilidade do órgão regulamentador da enfermagem (*“O COREN deve avaliar os protocolos e emitir parecer”*- Opala)

Houve posicionamentos sobre a justiça das medidas tomadas diante do erro (*“No evento do café com leite na veia, os profissionais do posto de saúde foram exonerados.”*- Topázio) (*“Não houve justiça, pois as medidas para evitar que o mesmo erro ocorra com outros pacientes não foram tomadas”* – Vários participantes).

Às 11h30 foi discutido o tema “Gerenciamento de Riscos no HC UFPR”. Foram apresentadas as principais etapas, e o que é esperado que aconteça em cada uma delas; e gráficos com o quantitativo de notificações realizadas no ano de 2011 (março a dezembro) e primeiro semestre de 2012; bem como as unidades /serviços que mais notificaram e os principais tipos de eventos. Após contextualização do cenário nacional e institucional foi realizado um recorte com a Clínica Médica Masculina (CMM), que apresentava um número baixo de notificações em relação aos outros serviços.

Foram levantados problemas de segurança no hospital e na unidade (*“Aqui no hospital nós temos similaridade de embalagens [...] Aqui na clínica temos alunos à noite, que vem com a supervisora, mas não há uma enfermeira da clínica”* - Opala).

A pesquisadora estimulou o grupo a refletir sobre o número de notificações na CMM, quem deve notificar e o grupo interagiu posicionando-se e questionando. (*“Todos devem notificar”; “Pode ser notificada uma pessoa e não o fato?”*). Houve posicionamento sobre dificuldades relativas à notificação (*“Na clínica há uma confusão em relação aos fluxos de encaminhamento das notificações”* - Esmeralda). Alguns participantes reforçaram que não havia clareza das medidas as quais deveriam aderir. (*“Falta clareza no que pode ser notificado. Com a notificação, há mais trabalho, porque tem que investigar e fazer plano de ação.”* (Granada), bem como apresentação de uma hipótese de solução (*“É necessário um corpo a corpo para explicar ao funcionário a importância das notificações”* - Esmeralda)

O grupo relatou várias situações nas quais se sentem isolados por não constituírem uma Unidade Gerencial. (*“Quando não se faz parte de uma Unidade Gerencial, fica-se para escanteio. As coisas acontecem em outros lugares, e não aqui.”* - Granada). Foram esclarecidas pela pesquisadora várias situações que o grupo apresentou como dúvidas. O oitavo participante entregou o TCLE.

SÍNTESE DA OFICINA DE OBSERVAÇÃO DA REALIDADE - PRIMEIRO ENCONTRO
<p>As atividades propostas foram parcialmente realizadas por meio das estratégias pedagógicas previstas.</p> <p>Devido à flexibilidade inerente ao próprio método, e respeito ao ritmo do grupo, a atividade de esclarecimento de conceitos básicos na área de segurança do paciente foi transferida para o encontro seguinte.</p> <p>Foi explicado ao grupo o Gerenciamento de Riscos institucional e suas principais etapas.</p> <p>O grupo teve ciência dos resultados na organização, em relação ao número de notificações, unidades notificadoras e tipos de incidentes.</p> <p>O grupo teve ciência acerca de como a unidade se apresentava em relação às notificações de eventos adversos, e discutiu as situações de insegurança na assistência na área da saúde.</p>

QUADRO 6 – SÍNTESE DA OFICINA DE OBSERVAÇÃO DA REALIDADE PRIMEIRO ENCONTRO, HC/UFPR, 2013
 FONTE: A autora (2013)

4.3.2 Segundo encontro

Neste encontro houve atraso inicial devido ao horário padrão da medicação, ficando acordado que os próximos encontros deveriam ser agendados com meia hora após essa atividade. O grupo optou em alternar horários de encontro nos períodos da manhã e da tarde. Foi informado que dois participantes estariam em férias no mês de dezembro e que as oficinas, de preferência, deveriam encerrar em novembro.

Realizado um resgate dos pontos abordados nos encontros anteriores, sendo citados pelo grupo os erros de medicação, como o que ficou em sua memória de mais relevante. Nesta oficina a pesquisadora projetou filmes sobre erro cirúrgico e erros de medicação, disponíveis na mídia.

A seguir, houve a discussão sobre as medidas tomadas nos três casos, com foco na melhoria da segurança da assistência (*“A medida adequada é simples: conferir os cinco certos na administração de medicamentos.”*- Esmeralda)

Foi distribuído o impresso da política institucional sobre o Gerenciamento de Riscos, que foi lida pelos participantes. Foram discutidos os conceitos: evento adverso, quase erro e evento sentinela.

O grupo refletiu e concluiu que os riscos são elevados e que muitas medidas necessitam ser tomadas, citando exemplos (*“Foi pedido Amiodarona e aberto Aminofilina, mas não foi administrado, foi um quase erro”*. (Esmeralda); *“Foi prescrito Fentanil e aspirado Fenitoína, não foi administrado. Era uma situação de emergência e a seringa foi identificada com FEN.”* (Esmeralda). (*“Aqui na clínica não há o hábito de conferir a pulseira do paciente. É conferido o nome afixado no leito.”* - Esmeralda); (*“Deixei a cópia do caso café com leite na veia no posto de enfermagem, para as pessoas se espertarem, inclusive as professoras supervisoras. Acho que esta foi uma ótima medida para alertar os profissionais”*- Safira).

O grupo mostrou-se ciente de que na instituição está enfatizando a notificação de eventos e quase erros, o que contribui para o diagnóstico da segurança na instituição. Houve discussões sobre o que se deve notificar na prática (*“Depende da equipe contar o que acontece.”* – Vários participantes).

Nos últimos vinte minutos do encontro, foi iniciada a segunda oficina: Definição dos Pontos-chave.

SÍNTESE DA OFICINA DE OBSERVAÇÃO DA REALIDADE - SEGUNDO ENCONTRO
<p>As atividades foram realizadas com as estratégias pedagógicas propostas.</p> <p>Os participantes iniciaram um diagnóstico sobre a realidade vivida em seu local de trabalho e a necessidade de mudança.</p> <p>As dúvidas levantadas na oficina anterior foram esclarecidas mediante a discussão acerca da política de segurança do paciente e de alguns conceitos na área de segurança.</p>

QUADRO 7 – SÍNTESE DA OFICINA DE OBSERVAÇÃO DA REALIDADE SEGUNDO ENCONTRO, HC/UFPR, 2013
 FONTE: A autora (2013)

4.4 OFICINA DE DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE

Esta oficina foi constituída por três encontros, que ocorreram no período da tarde, totalizando três horas. Esta foi a de duração mais longa. Houve a presença de cinco participantes no primeiro encontro, oito no segundo e seis no terceiro.

4.4.1 Primeiro encontro

O primeiro encontro da oficina de Definição dos Pontos-chave ocorreu no mesmo dia, logo após o segundo encontro da oficina de Observação da Realidade, tendo a duração de 20 minutos. A pesquisadora esclareceu os objetivos da oficina e o produto esperado. Foram projetados *slides* sobre a história da Segurança do Paciente desde Hipócrates e Florence Nightingale até o moderno movimento, demarcado pela publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, 2000. Foi esclarecida a proposta do movimento e seus princípios-chave, sendo salientado que as análises superficiais dos problemas não geram mudanças, uma vez que o problema é adiado até sua próxima ocorrência, porque as medidas adequadas não foram tomadas.

Ao ser projetada a figura ilustrativa do queijo suíço de REASON, 2000, adaptado pela WHO (2012c), para elucidação dos fatores sistêmicos que causam

danos ao paciente, os participantes refletiram sobre a multideterminação dos problemas de segurança (*“Muitos problemas iniciam no preparo do profissional, desde a escola”* - Opala).

Após o esclarecimento dos princípios-chave da segurança, houve o entendimento da dificuldade de aceitação da falibilidade humana, reforçada pela difícil adesão à notificação (*“É complicado fazer notificação do próprio erro. Ainda não há maturidade para isto”* - Safira), bem como a necessidade de aprendizado com os erros (*“Os eventos notificados devem ser passados para outros setores para aprendizado.”* - Safira)

SÍNTESE DA OFICINA DE DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE – PRIMEIRO ENCONTRO
<p>As atividades foram realizadas com as estratégias pedagógicas propostas.</p> <p>O grupo teve ciência da evolução histórica do movimento de segurança do paciente; dos fatores sistêmicos contribuintes à incidência dos eventos adversos.</p> <p>Refletiu sobre a proposta de abandonar a superficialidade na análise dos problemas, bem como acerca dos princípios-chave: reconhecimento da falibilidade humana, o foco no sistema e o aprendizado com os erros.</p>

QUADRO 8 – SÍNTESE DA OFICINA DE DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE PRIMEIRO ENCONTRO, HC/UFPR, 2013
 FONTE: A autora (2013)

4.4.2 Segundo encontro

Realizada síntese do encontro anterior, sendo reforçada a proposta do moderno movimento para segurança do paciente, e pontuados os objetivos da atual oficina. Foi dada continuidade à discussão de conceitos e princípios essenciais na área de segurança do paciente. Foram abordadas as definições de gerenciamento de riscos, cultura de segurança e principais dificuldades em vivenciá-la.

Após discussão sobre a cultura de segurança, foi distribuído um texto sobre um dos inimigos desta cultura: a cultura das baixas expectativas. O grupo teve como atividade descrever as principais dificuldades para se construir e vivenciar a cultura de segurança, apresentadas nos extratos das falas dos participantes;

“Unidade Gerencial em formação, ensino deficiente, soluções paliativas para os problemas sem atacar as verdadeiras causas.” (Opala)

“Falta de comprometimento, com aceitação de pouca qualidade, falta de definição de atribuições” (Granada)

“Passagem muito rápida de residentes, sem tempo de aprender” (Diamante)

“Falta de comunicação, falta de materiais.” (Safira)

“Quando há permuta de funcionários não se considera o perfil da unidade para adequar o profissional lotado.” (Topázio)

“Comunicação truncada, o conceito de trabalho em equipe não é vivido. Todas as categorias profissionais têm que passar pelo treinamento de segurança” (Turmalina)

“Falta de protocolos, diferentes níveis de conhecimento, pouco comprometimento”. (Esmeralda)

“Resistência à mudança, falta de coragem para quebrar paradigmas, falta de bons exemplos. Mudança origina mais trabalho, deve-se pegar um a um para convencê-lo a mudar.” (Rubi)

O grupo, em consenso, concluiu que os pontos-chave relativos às dificuldades de construir a cultura de segurança são: problemas na comunicação; falta de comprometimento e de responsabilização; treinamento e formação deficientes, os quais estão exemplificados nos extratos de suas falas.

Problemas na Comunicação:

“Ontem, um médico alterou a prescrição de outro médico, e não avisou ninguém. A enfermagem foi cobrada pelo médico assistente responsável, pelo paciente e pela família. Ficou uma situação difícil!” - Esmeralda;

“Há dificuldade de questionar profissionais de hierarquia superior ou de outra categoria profissional.” (Esmeralda)

“É difícil questionar alguém que pode lhe responder que estudou muitos anos para isto.” (Safira)

Falta de comprometimento e responsabilização, por omissão no esclarecimento de situações duvidosas:

“Houve a prescrição de Midazolan em dose diferente do padrão. A equipe se dividiu, uma achava que deveria confirmar com o médico a prescrição e outra disse que administrava o que estava prescrito.” (Topázio)

“A equipe se cansa de ficar sempre alerta aos novos residentes!” (Esmeralda)

Quanto à cultura de segurança, os participantes manifestaram-se em relação à importância de disseminá-la (*“Dentro do hospital é importante compartilhar com outros setores a preocupação com os pacientes”*. - Esmeralda); a colaboração das diferentes áreas (*“A participação da Unidade de Infraestrutura na prevenção de quedas no hospital foi importante, temos parceiros”* - Esmeralda); (*“Na cultura de segurança os profissionais não podem se ofender quando outros avisam que o paciente corre riscos”* - Esmeralda)

A oficina se encerrou com a projeção da planilha *Healthcare Failure Mode Effects and Analysis* (HFMEA) para identificação dos riscos, ferramenta utilizada na instituição. Foram distribuídos vários textos para a equipe iniciar a preparação para a etapa de teorização, e posterior apresentação dos pontos relevantes dos textos consultados. A pesquisadora reforçou que o grupo estava livre para buscar outros materiais de referência.

Foi esclarecido que a oficina de Definição de Pontos-chave teria mais um encontro, porém, a pesquisadora salientou que havia a possibilidade de se iniciar a teorização no encontro seguinte, e que os participantes deveriam se preparar.

SÍNTESE DA OFICINA DE DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE - SEGUNDO ENCONTRO
Os objetivos foram atingidos com utilização das estratégias pedagógicas propostas. O grupo teve ciência da cultura de segurança, seu conceito e principais dificuldades de se tornar realidade. Os participantes foram esclarecidos sobre a primeira etapa do Gerenciamento de Riscos na instituição, que se concretiza com o uso da ferramenta HFMEA.

QUADRO 9 – SÍNTESE DA OFICINA DE DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE SEGUNDO ENCONTRO, HC/UFPR, 2013
FONTE: A autora (2013)

4.4.3 Terceiro encontro

Houve atraso no início da oficina, devido ao grande volume de trabalho dos participantes na CMM, acumulado no período da manhã. Neste encontro foi apresentada uma nova observadora ao grupo, que é enfermeira do hospital e aluna do mestrado profissional, que a princípio participaria deste encontro e do próximo.

Foi realizada junto aos participantes uma síntese do encontro anterior. A pesquisadora incentivou o grupo a falar sobre o quê ficou na memória acerca da

cultura de segurança. O exemplo lembrado pelo grupo foi a prevenção de quedas, para a qual todos trabalham juntos em prol da segurança.

O grupo salientou que a segurança só será efetiva se várias áreas e todas as categorias profissionais se comprometerem com as medidas adotadas na instituição; como no caso do erro de medicação, o qual “[...] *começa na prescrição inadequada, que em algumas vezes está errada, em outras possui informações incompletas e confundem a equipe*”. - Esmeralda.

Um participante do grupo solicitou à pesquisadora um *feedback* sobre o andamento dos trabalhos. Questionou se a participação do grupo estava sendo boa e se a expectativa da pesquisadora estava sendo atingida. Ela esclareceu que todas as metas do trabalho estavam em excelente andamento. Foi também abordada a proposta de trabalho para o encontro.

Os participantes foram estimulados a eleger os principais riscos a que os pacientes estão expostos na CMM, iniciando o preenchimento da planilha HFMEA. Foi explanado que este era um momento importante, pois, havia a possibilidade de que os riscos definidos fossem considerados como os indicadores de segurança a serem gerenciados pela UNICLIN em seu contrato de gestão. Neste momento, houve a valorização do papel das lideranças pelos participantes. (*“Já participei, no passado, de uma oficina para construção da HFMEA. Mas como não éramos unidade gerencial não recebemos as planilhas.”*- Esmeralda). Nesta fala está explícita a ausência de um gerente capacitado pela AGQ, para trabalhar o gerenciamento de riscos junto aos profissionais dos serviços da UNICLIN.

O grupo visualizou em *slides* os principais riscos gerenciados em ambiente hospitalar, e os gerenciados pela própria instituição. Foram distribuídas as planilhas e respectivas instruções de preenchimento, as quais foram lidas em voz alta pelos participantes. As dúvidas foram sendo esclarecidas conforme surgiam. Foi sugerido por um participante que alguns itens das instruções fossem aprimorados, pois possibilitavam dúvida interpretação.

Os participantes optaram por preencherem a ferramenta juntos, e quando fossem construídas as causas o grupo se dividiria. Definiram que seriam trabalhados os riscos de queda, erro de medicação, flebite e registros incompletos em prontuários.

Foram discutidas medidas de prevenção de eventos adversos, relatadas situações em outras instituições e dentro do próprio hospital em estudo (*“A prescrição de Furosemida tem que mudar de padrão, quando é de 12 em 12 horas, fica às 10h00 e 22h00, mas tem que mudar para 08h00 e 16h00, para reduzir o número de idas ao banheiro, prevenindo as quedas.”* - Esmeralda). A notificação foi citada como uma importante etapa para segurança, que proporciona um diagnóstico, dando força até para aquisição de materiais *“[...] aqui no hospital existe um grupo para prevenção e tratamento de lesões de pele, e só terá força para solicitar materiais e insumos se as notificações forem realizadas.”*- Esmeralda

Após o preenchimento da planilha, os riscos que obtiveram as pontuações mais altas na aplicação da HFMEA foram os de queda e erro de medicação. Em seguida, o grupo se subdividiu em três a fim de definir as principais causas dos riscos, e optaram em excluir o risco de flebite.

Ao definirem as causas dos riscos, emergiu uma hipótese de solução: a proposta de construção de uma planilha de controle para ser preenchida pelo secretário, com os problemas relacionados a registros de prontuários (*“Vamos elaborar uma planilha para anotar, por um tempo, os eventos relacionados a registros incompletos em prontuários.”*-Diamante e Opala).

Ao término da realização da análise da HFMEA, os participantes leram em voz alta e discutiram os riscos de eventos, chegando a um consenso sobre as conclusões das principais causas desses riscos na CMM. O material elaborado pelo grupo foi recolhido pela pesquisadora, para que fosse dada sua continuidade em outra oficina.

Embora o grupo tenha sido avisado sobre a possibilidade de iniciar a etapa de teorização, não foi possível nesse momento.

SÍNTESE DA OFICINA DE DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE – TERCEIRO ENCONTRO
<p>Após este último encontro, foram atingidos os objetivos da etapa, mediante as estratégias pedagógicas planejadas.</p> <p>O grupo teve ciência dos principais riscos gerenciados no ambiente hospitalar. Os participantes elaboraram a planilha HFMEA, abordando os principais riscos a que estão sujeitos os pacientes da CMM, bem como as suas causas.</p>

QUADRO 10 – SÍNTESE DA OFICINA DE DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE TERCEIRO ENCONTRO, HC/UFPR, 2013

FONTE: A autora (2013)

4.5 OFICINA DA TEORIZAÇÃO

Foram lembrados os assuntos do encontro anterior e projetada a figura do Arco de Maguerez a fim de situar os participantes na etapa do momento. Foi salientado pela pesquisadora que todas as etapas do método foram permeadas pela teorização, porém, a expectativa era de que no atual encontro, fossem identificadas respostas mais elaboradas a partir da realidade problematizada.

Cada participante, com exceção de um, que alegou que não teve tempo de ler o texto recebido, apresentou os pontos considerados mais relevantes sobre os textos propostos ou materiais próprios de apoio. Os participantes identificaram medidas de segurança abordadas nos textos e associaram-nas às propostas ou aplicadas/implantadas no HC UFPR, conforme os extratos das falas: *“O texto aborda o que foi trabalhado nas oficinas, muitas coisas já estão sendo feitas no hospital”* (Rubi); *“Foi instituída a regra na Unidade de Imagem de que se o paciente não estiver com pulseira, não é realizado o exame. É necessário cobrar mais”* (Granada); *“As prevenções de quedas e úlceras por pressão já estão sendo trabalhadas no hospital.”* (Esmeralda); *“Agora o Centro Cirúrgico está melhor. Não aceitaram o paciente que estava sem TCLE.”* (Esmeralda); *“Percebo as equipes mais cautelosas.”* (Rubi)

Após apresentação do texto que abordava a importância de pacientes e familiares serem envolvidos como agentes de sua própria segurança, os participantes se posicionaram. *“Em outra unidade que trabalhei as mães têm medo de relatar os desvios de qualidade na assistência, pois acreditam que seu filho possa ser prejudicado.”* - Opala; *“Este sentimento de medo também acontece com pacientes adultos e familiares.”* - vários participantes; *“Esta situação de silêncio dos pacientes está mudando, o número de representações na Ouvidoria está aumentando.”*- Granada).

Após a discussão sobre os materiais anteriormente fornecidos, a pesquisadora salientou, mais uma vez, o Programa de Segurança do Paciente da instituição, viabilizado pelo Gerenciamento de Riscos, a fim de promover uma reflexão, por parte dos membros do grupo, sobre o fato de que este programa encontra suas bases na literatura.

Foram apresentadas as principais etapas do método do Gerenciamento de Riscos, que são a identificação dos riscos, por meio da planilha HFMEA; a notificação de eventos adversos e quase erros; a investigação dos eventos conforme o seu grau de consequências; o monitoramento dos indicadores de segurança; e o objetivo final relativo ao planejamento de mudanças de processos de trabalho em prol de uma assistência mais segura.

A discussão a respeito de mudanças nos processos de trabalho trouxe à tona algumas medidas que melhorariam a segurança na CMM. As falas, mais uma vez, são carregadas pela valorização da definição de papéis e responsabilização: *“A unidade deveria ter protocolos mais definidos sobre atendimento a PCR e suspensão de heparina para o paciente encaminhado a procedimento cirúrgico. A enfermagem tem que ver tudo!”* (Esmeralda e Opala); *“Tudo fica na responsabilidade da enfermagem! É necessário que haja contrapartida. Todos cobram e todos fazem.”* (Esmeralda); *“A pulseira está no paciente, mas não é conferida da forma que deveria.”* (Esmeralda).

Foi ressaltada a conveniência de incorporar práticas já realizadas em outros serviços dentro da própria instituição (*“Aqui na unidade não havia a prática da dupla checagem antes de instalação de sangue, porém, quando realizei plantão em outra unidade aprendi esta medida.”* - Esmeralda).

O grupo mostrou-se alerta às situações de riscos a que estão sujeitos tanto pacientes, quanto a própria equipe (*“Aqui na clínica, estamos com um paciente que está com NPT, dieta enteral e via oral, e acesso venoso. Os líquidos infundidos são muito semelhantes. Tem que estar muito atento.”* (Esmeralda); *“A equipe também corre riscos quando têm pacientes ex-detentos internados. Tínhamos um paciente extremamente agressivo que ameaçava a equipe.”* (Opala)

Os participantes mostraram-se reflexivos e com respostas mais elaboradas, seguros em defender suas ideias (*“Como implantar algo novo para mudar a cultura já instalada? Pelas lideranças com respaldo da alta direção.”* - Rubi)

No final do encontro, o grupo relatou estar satisfeito com o desenvolvimento das oficinas, e que estavam sentindo necessidade de continuidade, e não apenas de mais dois encontros, conforme a proposta inicial.

SÍNTESE DA OFICINA DA TEORIZAÇÃO
Os objetivos foram atingidos, com utilização das propostas pedagógicas definidas. Houve apresentação e discussão sobre os pontos relevantes, destacados pelos participantes, baseados nos materiais fornecidos para estudo. Foi reforçado o método de Gerenciamento de Riscos institucional e as ferramentas utilizadas para notificação e investigação de eventos.

QUADRO 11 – SÍNTESE DA OFICINA DE TEORIZAÇÃO, HC/UFPR, 2013

FONTE: A autora (2013)

4.6 OFICINA DAS HIPÓTESES DE SOLUÇÃO

A oficina iniciou com um filme sobre os principais erros na área da saúde, precedido por um *slide* com a pergunta “Como melhorar a segurança na CMM?”. No filme foram abordados a frequência dos erros, conceitos básicos de segurança e as principais estratégias para melhorar a segurança na assistência.

Foi apresentada ao grupo a expectativa de que nesta oficina fossem eleitas as práticas seguras prioritárias com posterior discussão sobre a viabilidade de sua aplicação. Para melhor aproveitamento do tempo dos participantes, a pesquisadora propôs ao grupo que ao invés de serem descritas as medidas preventivas e planos de contingências na HFMEA, fosse exercitada a notificação, uma vez que as medidas preventivas seriam obrigatoriamente abordadas neste encontro. O grupo concordou.

A pesquisadora fez uma proposta de trabalho, relatando ao grupo que analisou as falas presentes nos registros validados nas oficinas anteriores, e identificou nove pontos que mais se destacaram nas discussões sobre os pontos-chaves, relacionados à realidade problematizada. Estes foram apresentados aos participantes em um instrumento, no qual deveriam ser descritas as hipóteses de solução para cada dificuldade identificada na segurança, e respectivamente, a viabilidade de serem colocadas em prática. Todos aceitaram a proposta.

O grupo teve como primeira tarefa a priorização dos nove problemas. De posse de uma planilha cada participante deveria atribuir notas a esses, sendo que um representava a maior prioridade e nove a menor. Em ordem do mais prioritário para o menos, foi obtido o seguinte resultado: notificação; identificação do paciente; queda; erro de medicação; transferência do cuidado (passagem de plantão/turno);

falta de comprometimento da equipe; ausência de protocolos; registros incompletos e ausência de definição de papéis.

Houve unanimidade por parte do grupo quanto à grande dificuldade dessa tarefa, uma vez que, inicialmente, atribuíam a quase todos os problemas a mesma prioridade. A intenção original da pesquisadora era a de que o grupo selecionasse até cinco problemas para desenvolverem as hipóteses de solução, justificando a extensão do trabalho a ser realizado. Porém, todos insistiram que definiriam estratégias para todos os problemas. (*“Este é um bom momento para fazermos planos de ação, a Unidade já tem supervisores definidos”* - Granada). Apesar de ter sido proposto que o trabalho de preenchimento da planilha fosse em duplas, o grupo preferiu a construção coletiva, coordenada pela pesquisadora.

Os participantes se mostraram livres para pensar e buscar mudanças reais (*“É imprescindível reforçar o não punitivo”*-Topázio; *“O formulário de notificação deve ficar no posto de enfermagem”*-Opala; *“Vamos incluir na prescrição de enfermagem um item sobre identificação do paciente”*-Opala; *“Vamos suspender os estágios noturnos, estão sendo relatados problemas com a supervisão dos alunos”* –Opala; *“Vamos levar ao colegiado a necessidade de construção de protocolos conforme o perfil epidemiológico da clínica”* - Rubi). O grupo elegeu várias ações para cada problema, e avaliou o quanto as medidas seriam factíveis.

Destacou-se o momento no qual o grupo deveria realizar propostas sobre como melhorar o comprometimento dos profissionais, as quais não foram definidas, iniciou-se uma discussão conceitual e filosófica sobre o que se definiria como comprometimento, não houve consenso sobre as ações a serem tomadas (*“É falta de conhecimento?, falta de habilidade?, falta de caráter?”*-grupo; *“Mas como se faz para comprometer as pessoas? É uma questão individual”*. –Esmeralda)

Durante a oficina foram discutidas as principais ações para os problemas registrados no instrumento (QUADRO 12).

Foram distribuídos textos com situações de eventos adversos e quase erros, e formulários de notificação. Foi realizada explanação sobre como notificar, e o grupo teve a tarefa, para a próxima oficina, de preencher as notificações dos eventos apresentados nos textos, bem como realizar notificações reais, nos cinco dias seguintes, caso ocorressem eventos na unidade.

PROBLEMAS DA REALIDADE/PONTOS-CHAVE	HIPÓTESES DE SOLUÇÃO (DESCREVER)	QUAIS MEDIDAS SÃO VIÁVEIS/FACTÍVEIS?
Baixo número de notificações	- notificar - sensibilizar a equipe: atuação dos participantes da oficina como multiplicadores - agendar capacitação (AGQ)	Todas consideradas factíveis Responsáveis: participantes do grupo e AGQ
Alto risco para queda	- aderir à Política de Prevenção de Quedas proposta pela instituição	Factível, já em andamento Responsáveis: grupo e equipe de enfermagem
Alto risco para erro de medicação	- cancelar estágios de escolas de nível médio no período noturno, devido à ausência de enfermeiras da CMM (Resolução do COFEN, co-responsabilidade). - elaborar, junto à Direção de Enfermagem, um POP referente ao uso de medicamentos que pertencem ao paciente - apresentar as dificuldades relacionadas à prescrição à equipe médica, em reunião do Colegiado da UNICLIN - incluir os problemas mais frequentes relativos à medicação, em reunião com os novos residentes.	Todas consideradas factíveis Responsáveis: lideranças da UNICLIN (enfermeiras, gerente e supervisores médico, administrativo e de enfermagem) e Direção de Enfermagem.
Alto risco para registros incompletos/inverídicos	- diagnosticar o problema, registrando-o em planilha contendo os dados referentes ao nome do paciente, o problema de registro, a data e profissional/residente.	Responsável: secretário (definido pelo grupo)
Risco de falha na identificação do paciente	- acrescentar à prescrição de enfermagem um item referente à obrigatoriedade do uso da pulseira de identificação - solicitar treinamento prévio do secretário substituto	Ações factíveis Responsáveis: enfermeiras e supervisora administrativa
Risco de falhas na passagem de plantão/comunicação	- propor à Direção de Enfermagem a elaboração, em conjunto, de um instrumento para passagem de plantão e demais transferências do cuidado do paciente	Factível Responsáveis: enfermeiras da CMM e Direção de Enfermagem.
Ausência de supervisão pelo enfermeiro a técnicos e auxiliares de enfermagem em alguns períodos/dias do mês.	- atuação de enfermeiros supervisores nos períodos noturnos, finais de semana e feriados na UNICLIN	Factível. Responsáveis: gerente e supervisor administrativo e enfermeiras da UNICLIN.
Falta de comprometimento	- ausência de propostas	
Ausência de protocolos	- aguardar protocolos institucionais de Prevenção de tromboembolismo venoso e sepse - discutir os protocolos específicos da CMM nas reuniões do colegiado da UNICLIN	Factíveis, a médio prazo

QUADRO 12 – HIPÓTESES DE SOLUÇÃO A PARTIR DOS PROBLEMAS DA REALIDADE E MEDIDAS PROPOSTAS, HC/UFPR, 2013

FONTE: A autora (2013)

SÍNTESE DA OFICINA DAS HIPÓTESES DE SOLUÇÃO

Atividades realizadas com as estratégias pedagógicas previstas, com exceção da continuidade da construção da planilha HFMEA, que foi substituída pelo exercício de notificação por possibilitar um aprendizado mais objetivo e próximo da realidade vivenciada pelo grupo.

O grupo elencou nove prioridades relativas às estratégias de segurança para CMM, em ordem decrescente de prioridade: notificação; identificação do paciente; queda; erro de medicação; transferência do cuidado; falta de comprometimento da equipe; ausência de protocolos; registros incompletos e ausência de definição de papéis.

Discutiu as medidas preventivas factíveis na CMM relacionadas aos nove problemas, que incluíam os riscos identificados na HFMEA.

Houve o compromisso do grupo de que caso ocorressem eventos adversos ou quase erros na CMM, no período de uma semana, o grupo realizaria notificações.

Ocorreu também o compromisso de organizar em instrumento disponibilizado as ações definidas para melhorar a segurança.

QUADRO 13 – SÍNTESE DA OFICINA DAS HIPÓTESES DE SOLUÇÃO, HC/UFPR, 2013

FONTE: A autora (2013)

4.7 OFICINA DA APLICAÇÃO À REALIDADE

Foi realizada uma síntese dos assuntos referentes ao encontro anterior e projetada a figura do Arco de Maguerez, situando o grupo na etapa metodológica que seria trabalhada. A pesquisadora lembrou aos participantes sobre os compromissos assumidos referentes à organização de estratégias para melhorar a segurança, baseados nos problemas identificados, bem como sobre a notificação de eventos ocorridos nos últimos cinco dias. Houve a notificação de um evento e dois participantes iniciaram a organização do instrumento de hipótese de solução (QUADRO 12).

O grupo iniciou a aplicação das hipóteses de solução na realidade (*“Incluí na prescrição de enfermagem o problema identificação do paciente e respectivas ordens.”* – Opala; *“Realizei uma notificação sobre erro de medicação e ensinei os colegas do turno sobre como notificar”*- Topázio).

Foi explanado o objetivo da oficina, que era o de realizar uma intervenção consciente na CMM, tendo como expectativa de produto a adesão consciente ao Gerenciamento de Riscos institucional. As atividades propostas para esta oficina foram a avaliação da qualidade das notificações e investigação dos eventos.

Os participantes relataram não terem encontrado dificuldades em realizar notificações, porém, que persistiam com dúvidas sobre os fluxos de encaminhamento, uma vez que a UNICLIN não possui um Grupo Interno da Qualidade (GIQ).

A pesquisadora apresentou o procedimento operacional padrão da AGQ sobre notificação. Explicou que os encaminhamentos dependiam do grau de dano ao paciente, e que pelo fato de não haver um GIQ na UNICLIN, os eventos ocorridos na CMM, que variassem de ausência de dano até o dano moderado, deveriam ser tratados internamente. Já os eventos graves e óbitos (independente do local de ocorrência) deveriam ser encaminhados à AGQ.

No caso do paciente internado na CMM ter sofrido um evento em serviço de outra unidade gerencial, a notificação deveria ser encaminhada ao coordenador do GIQ da respectiva unidade.

Os participantes apresentaram as notificações referentes aos exercícios distribuídos pela pesquisadora, na oficina anterior. Neste momento vieram à tona questões relacionadas à transparência na comunicação da equipe com chefias e colegas (*“As chefias não ficam sabendo dos eventos que acontecem na clínica.”* - Esmeralda; *“A equipe entende que falar para as chefias também é dedurar.”*-Rubi; *“É pior ser chamado de delator pelos colegas.”* - Topázio. Após o relato de experiências de todos, foram discutidos os graus de dano de cada evento notificado, e respectivos fluxos de encaminhamentos.

Foi explicado como se investiga um evento, e que se deve responder basicamente a três perguntas: ‘o que aconteceu?’; ‘por que aconteceu?’; e ‘o que faremos para que não aconteça novamente?’. Foi recomendada a consideração dos fatores contribuintes ao evento, relacionados à equipe, ao paciente, ao ambiente de trabalho, à organização e a fatores externos. Na explicação sobre investigação foram discutidos os graus de consequências ao paciente (ausência, leve, moderada, grave e óbito), bem como a inevitabilidade dos eventos.

Foi realizado um exercício de investigação de queda de paciente, referente a um evento real ocorrido na instituição.

A pesquisadora esclareceu ao grupo que Oliveira (2010), propõe mais duas etapas ao processo de consultoria, a de acompanhamento e avaliação, com o

controle de resultados, auto-avaliação e avaliação pelo consultor, que é a etapa seis; e a etapa sete, que se refere ao desligamento do consultor.

Foi, portanto, proposta ao grupo a possibilidade de mais uma oficina, uma vez que os participantes manifestaram em outro encontro a vontade de continuar (*“Como ficaremos sem este apoio após o término da pesquisa?”* – grupo). Foi planejada uma oficina final para março de 2013. Todos se mostraram satisfeitos e concordaram com a proposta.

As solicitações do grupo foram atendidas na medida do possível, o grupo correspondeu também às expectativas de atendimento aos objetivos da consultoria.

No final da oficina houve o compromisso dos participantes do grupo de implantarem as ações planejadas para segurança do paciente na CMM. Eles referiram satisfação com os trabalhos realizados e o sentimento de constituírem parte da instituição.

Na avaliação final mostraram-se críticos e reflexivos. (*“Gostei muito de ser convidada, achei muito bom”*-Turmalina; *“Aprendi bastante!”*-Topázio; *“Quando a enfermeira falava em notificações, eu achava que as pessoas estavam em outro planeta, era uma realidade muito distante”*-Topázio; *“Foi importante porque a unidade está em formação”*-Granada; *“Eu já conhecia o método, mas as oficinas reforçaram, acho que foi um puxão de orelhas, a clínica já deveria estar notificando”*; *“Devemos começar, mudar, para que a unidade melhore”*; *“Gostaria que toda equipe participasse, mas é muito difícil devido à complexidade dos pacientes”*; *“Foi importante a participação de diferentes categorias profissionais, todos trabalham juntos, um precisa do outro”* - Opala; *“Foi bom para retomar o problema, a clínica começou a notificar no passado, e foi morrendo. É necessário deixar mais claro os resultados, as ações que são tomadas. Leva cinco minutos notificar* - Esmeralda)

SÍNTESE DA OFICINA APLICAÇÃO À REALIDADE
<p>Atividades realizadas com as estratégias pedagógicas previstas.</p> <p>O grupo teve ciência dos princípios a serem respeitados em uma investigação de evento adverso, quase erro ou suspeita destes.</p> <p>Houve discussão sobre a importância de, diante de uma notificação, se compreender o grau de dano gerado ao paciente, bem como a análise da evitabilidade do evento.</p> <p>Os participantes realizaram intervenções conscientes na sua realidade.</p>

QUADRO 14 – SÍNTESE DA OFICINA APLICAÇÃO À REALIDADE, HC/UFPR, 2013

FONTE: A autora (2013)

4.8 OFICINA DAS ETAPAS ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO E CONCLUSÃO

Neste encontro foram convidadas, por um participante, a supervisora de enfermagem e a pessoa responsável pela estruturação do GIQ da UNICLIN.

Nesta oficina foi possível coletar dados para a análise da efetividade do método, o terceiro objetivo proposto neste estudo.

A pesquisadora esclareceu também ao grupo que a oficina surgiu de uma demanda emergida dos participantes no terceiro encontro da oficina de Definição dos Pontos-chave, que consta na página 78, que expressou a necessidade de um *feedback* por parte da pesquisadora, confirmando a lógica do modelo de consultoria.

O grupo demonstrou um comportamento consciente e que gostaria de respostas sobre sua evolução. Foi reapresentada a figura do Arco de Maguerez, relembrando as etapas do trabalho, bem como o *slide*, mostrado pela primeira vez em vinte e dois de outubro de 2012, contendo a proposta de trabalho. Foram relembrados os objetivos do trabalho relacionados à CMM, que eram o desenvolvimento de consultoria interna e a análise da efetividade do método aplicado, para posterior utilização em outros serviços/unidades que apresentassem fragilidades relacionadas à adesão ao modelo.

Houve esclarecimento sobre os objetivos da oficina relativos à apresentação de resultados, estimulação da auto-avaliação do grupo e avaliação pela pesquisadora/consultora, para posterior desligamento da consultora.

Foi projetado um quadro com os nove problemas identificados, respectivas hipóteses de solução e uma coluna em branco, na qual os participantes deveriam relatar a situação da implantação/implementação das ações.

O grupo relatou alguns aspectos da experiência vivenciada na CMM nos quatro meses, após a última oficina, conforme os extratos de falas: *“Houve uma transformação na visão da equipe em relação à notificação”*- Esmeralda; *“No começo a notificação realmente gera mais trabalho, mas depois o trabalho será mais fácil”* – Opala.

O Quadro 15 apresenta os impactos relatados pelo grupo na CMM e os redirecionamentos de ações referentes às hipóteses de solução.

PROBLEMAS DA REALIDADE	HIPÓTESES DE SOLUÇÃO	IMPACTO (I); REDIRECIONAMENTOS (R) E (N) NÃO REALIZADO
Baixo número de notificações	<ul style="list-style-type: none"> - notificar - sensibilizar a equipe: atuação dos participantes da oficina como multiplicadores - agendar capacitação (AGQ) 	(I) equipe está notificando, porém, necessita não estar tão dependente do enfermeiro; (I) aproveitamento de momentos para sensibilização (R) postergar a capacitação, para envolver toda UNICLIN.
Alto risco para queda	<ul style="list-style-type: none"> - aderir à Política de Prevenção de Quedas proposta pela instituição 	(I) ações em andamento, organizada operacionalização da aplicação da escala de risco
Alto risco para erro de medicação	<ul style="list-style-type: none"> - cancelar estágios de escolas de nível médio no período noturno, devido à ausência de enfermeiras da CMM (Resolução do COFEN, co-responsabilidade). - elaborar, junto à Direção de Enfermagem, um POP referente ao uso de medicamentos que pertencem ao paciente - apresentar as dificuldades relacionadas à prescrição à equipe médica, em reunião do Colegiado da UNICLIN - incluir os problemas mais frequentes relativos à medicação, em reunião com os novos residentes. 	(I) estágios cancelados (I) a elaboração do POP está em andamento, porém já foi tomada uma medida na clínica (R) o medicamento fica sob responsabilidade da enfermagem (I) foi realizada uma reunião com os residentes (N) o assunto não foi discutido no colegiado
Alto risco para registros incompletos/inverídicos	<ul style="list-style-type: none"> - diagnosticar o problema, registrando-o em planilha contendo os dados referentes ao nome do paciente, o problema de registro, a data e profissional/residente. 	(I) foi criada planilha (R) será preenchida por 60 dias
Risco de falha na identificação do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - acrescentar à prescrição de enfermagem um item referente à obrigatoriedade do uso da pulseira de identificação - solicitar treinamento prévio do secretário substituto 	(I) ação adotada (R) treinamento dos secretários da própria unidade, que se revezam nos diferentes serviços na cobertura de férias
Risco de falhas na passagem de plantão/comunicação	<ul style="list-style-type: none"> - propor à Direção de Enfermagem a elaboração, em conjunto, de um instrumento para passagem de plantão e demais transferências do cuidado do paciente 	(I) implantação e utilização do instrumento no sistema informatizado, (R) impressão do instrumento por sugestão dos enfermeiros
Ausência de supervisão direta do enfermeiro/ 24h	<ul style="list-style-type: none"> - atuação de enfermeiros supervisores nos períodos noturnos, finais de semana e feriados na UNICLIN 	(R) início da supervisão pelos enfermeiros aos sábados, no mês de maio/2013.
Falta de comprometimento	<ul style="list-style-type: none"> - ausência de propostas 	(R) o grupo optou por desconsiderá-la como problema por tratar-se de uma fragilidade pontual, apresentada à época e que já foi solucionada
Ausência de protocolos	<ul style="list-style-type: none"> - aguardar protocolos institucionais de Prevenção de tromboembolismo venoso e Sepsis - discutir os protocolos específicos da CMM nas reuniões do colegiado da UNICLIN 	(N) os protocolos institucionais estão em andamento (I) houve a discussão, e um protocolo será tratado como processo crítico na UNICLIN

QUADRO 15 – DEMONSTRATIVO DO ACOMPANHAMENTO DA APLICAÇÃO DAS HIPÓTESES DE SOLUÇÃO À REALIDADE, HC/UFPR, 2013

FONTE: A autora (2013)

A seguir a pesquisadora apresentou o panorama com os resultados das notificações a partir de janeiro de 2012 até abril de 2012, situando os serviços UNICLIN e a CMM, conforme Tabela 1.

TABELA 1– FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE NOTIFICAÇÕES REALIZADAS NA UNICLIN E NA CMM, HC/UFPR, 2013

Local	Período					
	1ºSem./12	2ºSem./12	Jan./13	Fev./13	Mar./13	Abr./13
	Nº /%	Nº /%	Nº /%	Nº /%	Nº /%	Nº /%
UNICLIN	18(100%)	17(100%)	06(100%)	10(100%)	16(100%)	09(100%)
CMM	03 (16%)	08 (44%)	06 (100%)	07 (70%)	06 (37%)	05(55%)

FONTE: A autora (2013)

Foi apontado na Tabela 1 um aumento de notificações na CMM em 2013, em relação a 2012. Houve também um aumento progressivo nos meses de janeiro a abril de 2013 na CMM, somando 24 notificações em quatro meses, sendo que em 2012, o total de notificações foi 11. Embora as notificações da CMM não se alteraram, significativamente, em números absolutos em 2013, em termos relativos entre os cinco serviços que compõem a UNICLIN foram importantes, com representatividade maior em janeiro (100%), fevereiro (70%) e abril (55%), e menor em março (37%) entre o conjunto das notificações da unidade gerencial.

O grupo demonstrou expectativas positivas em relação ao aumento de notificações na UNICLIN, inferindo que este fenômeno poderia ser reflexo da CMM e a participação das lideranças da UNICLIN nas oficinas. (*“No segundo semestre, acredito que o número será mais elevado, resultado do trabalho deste semestre”*-Granada).

Outros dados foram necessários para subsidiar a análise da efetividade da consultoria desenvolvida, os quais foram organizados pela consultora mediante consulta às listas de presença.

Na Tabela 2 constam dados do número e percentual e média de participações nos encontros programados para a consultoria, segundo categoria profissional ou cargo. Os dados fornecem informações sobre a intensidade de participação dos profissionais nos encontros.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTA E RELATIVA DA PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS NOS ENCONTROS DA CONSULTORIA INTERNA, DE ACORDO COM A SUA CATEGORIA PROFISSIONAL E MÉDIA DE PARTICIPAÇÃO EM CADA ENCONTRO, HC/UFPR, 2013

PARTICIPANTES DAS OFICINAS	n	%
Enfermeiro 1	09	100
Enfermeiro 2	09	100
Gerente da unidade*	05	55,5
Supervisor administrativo*	07	77,7
Auxiliar de enfermagem 1	08	88,8
Auxiliar de enfermagem 2**	06	66,6
Auxiliar de escritório **	06	66,6
Assistente social	07	77,7
Total de participações nos nove encontros	57	-
Média em cada encontro	6,33	70,34

FONTE: A autora (2013)

NOTA: * Lideranças impedidas por demandas administrativas

**funcionários em férias no mês de dezembro, em que ocorreram três encontros

Outra informação útil à análise da efetividade do processo de consultoria interna na prática do gerenciamento de riscos diz respeito ao número de encontros em cada oficina e respectiva duração, intervalo entre os encontros, bem como o número de falas relevantes entre os participantes, as quais estão organizadas no Quadro 16.

OFICINA	ENCONTROS	DURAÇÃO	INTERVALO ENTRE OS ENCONTROS/DATA	FALAS RELEVANTES
Encontro preliminar	01	40'	Não se aplica (22/10/12)	01
Observação da Realidade	02	2h30'	12 dias (08/11/12) 06 dias (14/11/12)	14 06
Definição dos Pontos-chave	02	3h05'	Não houve (14/11/12) 09 dias (23/11/12) 05 dias (28/11/12)	03 16 05
Teorização	01	1h45'	05 dias (03/12/12)	15
Hipóteses de Solução	01	1h45'	04 dias (07/12/12)	07
Aplicação à Realidade	01	2h10'	04 dias (11/12/12)	14
Acompanhamento e Avaliação e Conclusão	01	2h	04 meses e 13 dias (24/04/13)	16
Total	09	12h55		97
Média		1h26	5,6 dias (até o oitavo encontro)	10,7 por oficina; 12,1 por participante

QUADRO 16 – CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO DAS DIFERENTES ETAPAS DA CONSULTORIA INTERNA, HC/UFPR, 2013

FONTE: A autora (2013)

NOTA: Fala relevante refere-se ao julgamento do consultor quanto à propriedade do comentário em relação ao tema trabalhado na oficina.

Dando continuidade aos objetivos programados para esta oficina, a pesquisadora solicitou a cada um dos elementos do grupo, que respondessem a três perguntas em uma folha de papel, sendo que não havia necessidade de identificar-se. Todavia alguns deles as responderam também verbalmente. Os extratos das falas e escritas estão apresentados no Quadro 17:

<p>Primeira: Percebi alguma mudança no meu modo de agir? Em caso afirmativo, o que foi mais relevante?</p>
<ul style="list-style-type: none"> - <i>“A equipe está mais colaborativa, com menos reclamações, todos se sentem apoiados.”-Opala e Esmeralda</i> - <i>“Há mais união e a formação da Unidade Gerencial colaborou para esta sensação”-Safira, Diamante e Esmeralda.</i> - <i>“A percepção de que para que haja melhoras na equipe, precisamos trabalhar em conjunto, visando ao mesmo objetivo” (escrita)</i> - <i>“A importância de notificar e a melhoria que isso trará ao nosso trabalho e ao paciente” (escrita)</i>
<p>Segunda: Consigo perceber os erros e as falhas nos processos assistenciais com clareza e visão crítica?</p>
<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Antes os erros eram percebidos, mas não havia como relatar, corrigia-se momentaneamente a situação, apagava-se incêndio”- Safira</i> - <i>“Hoje estamos mais reflexivos, o grupo sente-se parte do hospital, inclusive com a visão ampliada. Algumas coisas ainda não foram resolvidas”-Topázio</i> - <i>“Muitas vezes tentávamos corrigir a situação, mas não discutíamos se poderíamos ter evitado o erro ou o que poderíamos fazer para evitar na próxima vez. Agora estas discussões são constantes” (escrita)</i> - <i>“Dá para ter uma percepção melhor do que pode ou não ser evitado, as formas de evitar e formular um plano de correção” (escrita)</i>
<p>Terceira: Consegui disseminar algum dos conhecimentos construídos? Em caso afirmativo, como foi?</p>
<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Quase todos os dias o grupo comenta. Para o serviço social fez uma grande diferença. Abriu a cabeça. O aprendizado de quem passou pelo curso é outro”-Topázio</i> - <i>“Mediante as oportunidades de novas discussões com a equipe, estagiários e outros componentes da equipe multiprofissional, como serviço social, fisioterapia e outros.” (escrita)</i> - <i>“Acho que estamos conseguindo iniciar o trabalho de implantação das notificações... A dificuldade maior, sinto que é a de abranger o pessoal do noturno” (escrita)</i> - <i>“Disseminado, observado, identificado, conversado. Mas sem alterações. Foge da governabilidade. Mas internamente se percebe o quanto a equipe está se manifestando” (escrita)</i>

QUADRO 17 – RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS DE AUTOAVALIAÇÃO RESPONDIDAS PELOS PARTICIPANTES DO GRUPO

FONTE: A autora (2013)

A pesquisadora prosseguiu com a ação de realizar uma avaliação do trabalho pelo consultor. Esclareceu ao grupo de que estava muito satisfeita com a evolução de todos. Percebeu que houve ampliação da visão. O grupo fez um diagnóstico da realidade, inicialmente vista como catastrófica, sem esperanças e de abandono. Mas, a partir das discussões coletivas, o grupo conseguiu se fortalecer e enxergar melhor o que existia em outras realidades. Tornou-se pró-ativo, refletindo e propondo soluções

inteligentes, para problemas tão antigos. Mostrou-se seguro, crítico e determinado. Enfim a consultora relatou que o trabalho excedeu suas expectativas iniciais.

Na etapa de desligamento do consultor, a pesquisadora realizou recomendações ao grupo, que se referiram à estruturação/fortalecimento do GIQ; à organização do trabalho relacionado aos oito problemas definidos como prioritários; ao compromisso de disseminar aos outros serviços da UNICLIN a notificação, e ao monitoramento contínuo dos resultados obtidos, buscando uma real avaliação da efetividade das ações de segurança desenvolvidas.

Um participante, representando o grupo, agradeceu a oportunidade de participar do trabalho e relatou *“Já houve melhora, a CMM já se destacou em relação às notificações, e o grupo assume o compromisso de disseminar aos demais serviços da UNICLIN todo o aprendizado”* Opala.

5 DISCUSSÃO

“Nossa maior fraqueza está em desistir. O caminho mais certo de vencer é tentar mais uma vez.” (Thomas Edison)

Neste capítulo é discutido o processo de consultoria interna e seus resultados, abordando-se os aspectos referentes à composição do grupo; a abordagem do erro – cultura justa; a notificação; a vulnerabilidade ao erro diante da falibilidade humana; a cultura de segurança e as estratégias para segurança; bem como a efetividade do processo na prática do gerenciamento de riscos.

5.1 A COMPOSIÇÃO DO GRUPO

A partir da constituição do grupo, revelou-se o valor atribuído ao estudo por gestores e demais profissionais da UNICLIN. O grupo de oito pessoas contou, desde o início, com mais de um terço de lideranças formais, e elementos de cinco categorias profissionais diferentes.

Destaca-se que os líderes, direta ou indiretamente, são considerados importantes influências à segurança de uma organização. Os experientes podem desenvolver iniciativas concretas, ao mesmo tempo em que incentivam e acompanham a adequação de sua equipe a novas propostas (VINCENT, 2009).

O relatório americano do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC (SORRA *et al.*, 2011) aponta itens que destacam o papel da liderança na cultura de segurança de uma instituição. Espera-se que os líderes, por meio de atitudes, demonstrem suas preocupações com as questões de segurança, mostrem-se abertos ao abordarem de forma educativa os erros e as demandas de segurança que sua equipe apresenta.

É importante considerar que não são apenas os profissionais que ocupam cargos formais de chefia que exercem liderança, pois esta se manifesta de diversas formas e nos diferentes níveis hierárquicos de uma organização. A enfermeira

responsável pelo turno também pode exercer forte liderança, tanto em termos de gestão como de atitudes e valores passados à sua equipe (VINCENT, 2009).

Já a presença de profissionais de várias categorias profissionais, discutindo e se preocupando coletivamente com as questões de aprimoramento de processos e prevenção de riscos ao paciente, favorece a construção da cultura de segurança. Esta permeia todos os níveis de assistência ao paciente, e é louvável que sejam estimulados os profissionais a colaborarem com o desenvolvimento de soluções para os problemas de segurança, o que independe da hierarquia ou de função na organização (AHRQ, 2013).

Todavia, não houve a participação de médicos, os quais como os demais profissionais, poderiam ter contribuído com o desenvolvimento do trabalho do grupo e, posteriormente, atuarem como agentes multiplicadores e transformadores da prática médica no hospital.

Portanto, quanto maior a diversidade de categorias profissionais participando do movimento para melhoria da segurança em um local, mais efetiva será a mudança e adesão às medidas propostas.

5.2 ABORDAGEM DO ERRO - CULTURA JUSTA

Apesar do atual mundo globalizado, na era da socialização e acesso a informações, quando os profissionais são chamados à reflexão, surpreendem-se ao constatar que desconhecem a realidade da (in) segurança na área saúde, que se impõe ao seu cotidiano. A melhor abordagem é conhecer essa realidade, com dados concretos, e analisá-los de forma reflexiva e crítica, associados à sua prática na organização em que trabalha, e depois buscar o conhecimento de teorias e conceitos elaborados.

Para tanto, são úteis as metodologias ativas e significativas, com destaque à problematização como opção pedagógica, conforme a que foi realizada neste estudo.

Ao ser exposta a realidade nacional ao grupo, por meio de cases disseminados pela mídia, percebeu-se seu imediato entendimento acerca de alguns

temas essenciais à área de segurança, como a etiologia multifatorial dos grandes erros e acidentes. Ao identificarem nitidamente as causas dos erros, os participantes compreenderam as defesas e as falhas elencadas na clássica metáfora do queijo suíço (REASON, 2000). O grupo apontou a cultura organizacional, a ausência de protocolos, de liderança definida e de estrutura que promova a coesão entre equipes como fatores determinantes para segurança do paciente.

Por diversas vezes, os participantes oscilaram, no seu discurso, entre a necessidade de busca de um principal culpado e as injustiças que ocorrem com os profissionais diante de um erro com desfecho grave ao paciente. Os participantes reclamaram por uma cultura justa.

A cultura justa ou cultura de justiça foi popularizada na área de segurança do paciente a partir de 2001, quando da publicação de relatório que destacou os princípios para os profissionais da linha de frente atingirem uma cultura que os deixasse confortáveis ao revelarem os erros, inclusive os próprios, ao mesmo tempo em que era mantida a responsabilidade profissional de cada um (MARX, 2001).

Tradicionalmente, a cultura vivenciada nas organizações de saúde, públicas ou privadas, atribui toda culpa dos erros ao profissional que estava cuidando do paciente. Diferentemente, a proposta da cultura justa reconhece que o profissional, isoladamente, não pode ser responsabilizado por todas as falhas, pois muitas delas decorrem do sistema de cuidados de saúde e estão fora de sua governabilidade de resolução.

Segundo a cultura justa, a atribuição adequada das responsabilizações é valorizada. Porém, quando erros estão envolvidos, o princípio de não culpar não pode ser aplicado indiscriminadamente, sem uma análise acurada das causas dos erros, e dos responsáveis envolvidos. Reconhece-se que profissionais competentes cometem erros e, algumas vezes, rompem protocolos e rotinas. Todavia, a cultura justa preconiza tolerância zero ao comportamento imprudente que expõe, desnecessariamente, os pacientes a riscos. (AHRQ, 2013; MARX, 2001; MARX, 2007).

A cultura justa, quando vivenciada de maneira consciente, possibilita o relato e a discussão franca sobre as questões de segurança na organização (VINCENT, 2009). Sob essa premissa, assimilada pelos participantes, o trabalho com o grupo foi direcionado.

5.3 NOTIFICAÇÃO

No decorrer das oficinas o grupo demonstrou dúvidas sobre o quê, de fato, deveria notificar. Questão pertinente, apontada em estudo americano (U.S., 2012), realizado em 189 hospitais, que teve como um de seus objetivos descreverem a utilização de sistemas de notificação de eventos adversos por hospitais. O estudo constatou que, apenas 14% dos eventos com danos ao paciente foram notificados, e que 62% dos profissionais afirmaram que não sabiam que estes eventos eram passíveis de notificação.

Apesar de os sistemas de notificações possibilitarem a identificação de apenas uma parcela dos eventos adversos, a notificação é o método mais popularizado nas instituições hospitalares para se mensurar as situações que apontam inseguranças (WACHTER, 2010; U.S., 2012). Portanto, dentre as recomendações presentes no estudo do *Department of Health and Human Services* (U.S., 2012), há a de que seja criada e disseminada uma lista de eventos potencialmente notificáveis, sem a obrigatoriedade de notificação destes aos órgãos reguladores. Adicionalmente, a lista teria a finalidade de educar os prestadores de cuidados à saúde sobre a gama completa dos danos e quase erros a que estão expostos os pacientes na atenção hospitalar.

Em relação à notificação, os participantes do grupo manifestaram resistência, quando referiram a exposição dos profissionais quando são apontados os seus erros. Porém, o medo da punição, causa apontada em vários estudos sobre obstáculos para a notificação (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; WACHTER, 2010; VINCENT, 2009; WU, 2000), não se revelou de forma evidente nos discursos, no transcorrer das oficinas.

5.4 A VULNERABILIDADE AO ERRO DIANTE DA FALIBILIDADE HUMANA

Pode-se questionar se a dificuldade em notificar eventos adversos ou quase erros está relacionada à negação da falibilidade humana. É necessário haver equilíbrio ao considerar o usual empenho na busca da perfeição na prática

profissional, e as estatísticas que apontam que o profissional capacitado, experiente e dedicado cometerá um erro em sua vida.

A consciência da falibilidade humana, princípio-chave da segurança, não deveria colocar um fim à ilusão de que se o profissional se esforçar muito, pode ser que não venha a fazer parte das estatísticas. Médico cirurgião e jornalista americano, Atul Gawande refere que seria fatal deixar de acreditar na perfeição humana, bem como de acreditar que o esforço compensa, e que o cuidado e a atenção aos mínimos detalhes podem salvar o paciente (VINCENT, 2009).

A imersão inicial do grupo na realidade trouxe um panorama pessimista, de inseguranças e incertezas, porém houve um despertar para a necessidade de mudar e a esperança de que algo poderia ser realizado.

Houve o entendimento da vulnerabilidade a que todos estão sujeitos na assistência hospitalar, profissionais e pacientes. As situações de quase erros foram extremamente valorizadas pelo grupo, como problemas de erro de medicação, tais como embalagens semelhantes, similaridade fonética das denominações dos fármacos, prescrições incompletas.

A princípio, os exemplos apresentados pareceram ingênuos ou irrelevantes diante de problemas tão urgentes, como notificações de eventos adversos com danos. Contudo, **os participantes entenderam que os exemplos citados de quase erros revelam condições inseguras nas instituições de saúde e que merecem ser analisadas com rigor.**

O AHRQ (2013) define quase erro como aquele evento ou situação que não causou dano ao paciente, mas por acaso. Atribui duas categorias a esta situação: o evento ocorreu, mas devido à robustez do paciente, ele o superou sem quaisquer consequências; e, devido a uma intervenção na última hora, o evento foi evitado. Por sua vez, a OMS o define, simplesmente, como um incidente que não atingiu o paciente (OMS, 2011).

Independente de qualquer definição, o que não se pode esquecer é que os desvios na qualidade da assistência (erros, quase erros, eventos adversos) merecem ser tratados a fim de que outros semelhantes sejam prevenidos.

A ênfase atribuída aos quase erros, assim como visão crítica em relação às condições inseguras, não têm somente conotação negativa, uma vez que mantêm as instituições de saúde e profissionais em alerta. Por outro lado, as atividades

executadas, habitualmente sem problemas, podem gerar uma falsa sensação de segurança. É recomendável que a equipe esteja sempre atenta e consciente sobre as atividades de alto risco que são rotineiramente desenvolvidas. Considerar que tudo está sob controle, pode ser um perigo (VINCENT, 2009).

Obviamente, os quase erros repercutem menos que os eventos adversos, e tendem a serem ignorados pelos sistemas de notificação nas instituições. No entanto, proporcionam oportunidades únicas de aprendizado, contêm informações a respeito de erros ativos e condições latentes. Eles ocorrem com frequência muito superior aos eventos adversos, e em geral apresentam causas semelhantes aos eventos que resultam em dano ao paciente. Ao notificarem este tipo de evento, os profissionais o fazem com menos medo e vergonha, com uma riqueza maior de detalhes, proporcionando investigação menos complicada e mais tranquila, por parte dos envolvidos (WU, 2011).

5.5 A CULTURA DE SEGURANÇA

A participação ativa do grupo gerou discussões muito ricas, principalmente sobre as dificuldades para se aderir a cultura de segurança. Neste momento os participantes trouxeram à tona comentários e sentimentos, que demonstraram avanço na compreensão dos assuntos discutidos.

O grupo descreveu cinco importantes **características que possibilitam denotar a presença da cultura de segurança em uma instituição**. Entre elas, destacam-se a preocupação de todos desde as lideranças a profissionais da linha de frente com as questões de segurança; a identificação, notificação e resolução dos problemas e a necessidade de promoção de aprendizado organizacional a partir dos erros. Estas características correspondem à definição de cultura de segurança adotada pela Portaria 529, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

Foram relevantes as falas sobre as **dificuldades que a verticalização nas relações impõe ao dia a dia da prática assistencial**, fragilizando a comunicação entre os membros da equipe. Ao médico foi atribuída grande parte deste problema, fato salientado por especialistas na área de segurança, que consideram que este

profissional se relaciona mal com o sistema de saúde, desencoraja o trabalho em equipe e a transparência, constituindo, portanto, um obstáculo à evolução da segurança (LEAPE *et al.*, 2009).

5.6 ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Quando o grupo foi incentivado a elaborar hipóteses de solução para os problemas identificados em relação à segurança do paciente, surgiu a questão: o quê, de fato, melhora a segurança?

Em março de 2013, um grupo de especialistas realizou amplo estudo e atualizou o relatório *Making Healthcare Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices* (AHRQ, 2001), o qual contém as práticas com evidências de melhoria da segurança do paciente àquela época. Foram analisadas 41 práticas com o objetivo de determinar o nível de evidência para bons desfechos, bem como, o contexto no qual houve a implementação e adoção das estratégias de segurança. Foram identificadas, portanto, 22 estratégias que estavam prontas para adoção. Destas, dez práticas foram consideradas como fortemente encorajadas à adoção e 12 como encorajadas (SHEKELLE *et al.*, 2013).

Os oito problemas identificados pelo grupo, como fragilidades em seu local de trabalho, referem-se a: baixo número de notificações; alto risco para queda; alto risco para erro de medicação; alto risco para registros incompletos/inverídicos; risco de falha na identificação do paciente; risco de falhas na passagem de plantão/comunicação; ausência de supervisão pelo enfermeiro a técnicos e auxiliares de enfermagem em alguns períodos/dias do mês; e, ausência de protocolos.

Dos oito problemas, um está presente entre as estratégias fortemente encorajadas como medida de segurança pelo relatório da AHRQ, relativo ao protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso. Três estão presentes, de alguma forma, nas estratégias encorajadas à adoção, ou seja, redução de quedas, conciliação entre a medicação recebida no hospital e trazida pelo próprio paciente,

utilização de meios complementares para detecção de eventos adversos ou erros na assistência a fim de monitorar os problemas de segurança com o paciente.

5.6.1 Prevenção de Queda

Queda é um evento frequente e limitante em idosos. Sua incidência e os ferimentos subsequentes são considerados problemas de saúde pública. O risco de cair aumenta, significativamente, conforme o avançar da idade. Mais de um terço das pessoas idosas sofrem pelo menos uma queda ao ano (PERRACINI, 2010; OMS, 2010).

O risco de queda pode se potencializar em um ambiente hospitalar, uma vez que as quedas resultam da complexa interação entre fatores de risco comportamentais, ambientais, biológicos e socioeconômicos (OMS, 2010).

As quedas constituem um evento grave e são identificadas facilmente como eventos adversos nas instituições de saúde (U.S.,2012). Assim, como no ambiente externo, o grau de dano aos pacientes pode variar desde a ausência de consequências até o óbito do paciente.

A redução de quedas é uma das metas internacionais para segurança do paciente estabelecidas pela WHO (2012d). A sua prevenção se inicia com a avaliação de risco do paciente, o qual deve ser informado, sempre que possível, ou sua família, sobre os riscos e as medidas de proteção e comportamento a serem adotados (AVELAR *et al.*, 2010).

No HC/UFPR foi desenvolvido um protocolo de prevenção de quedas, constituído por ações que se referem: à avaliação do risco, com utilização da Escala de Morse; à placa de identificação no leito do paciente, em que este é identificado como paciente de alto risco para queda; ao carimbo para identificação de documentos do paciente, tais como os pedidos de exame, consultas e outros; ao folder educativo para orientação do paciente e acompanhante; e ao termo de responsabilidade compartilhada, o qual o paciente e familiar assinam, tornando-se agentes que colaboram para a segurança.

A adesão ao protocolo é identificada em alguns serviços, enquanto que em outros a sua aplicação apresenta fragilidades. Apresentar resultados positivos na redução de quedas é um desafio, pois a sua implantação envolve mudança cultural. A princípio, as medidas parecem fáceis, mas na prática envolvem várias mudanças de comportamento da equipe multiprofissional, e requerem investimentos em educação permanente.

Envolve desde o médico, considerado um dos profissionais-chaves na prevenção deste evento (PERRACINI, 2010), até a equipe de manutenção e engenharia. Já os enfermeiros se sentem responsáveis pela prevenção de quedas no ambiente hospitalar, considerando este indicador como 100% pertinente para qualificar a assistência de enfermagem (GABRIEL *et al.*, 2011).

5.6.2 Prevenção de erros relativos a medicamentos

Muitos passos no caminho para se tratar o paciente com medicamentos estão vulneráveis a erros. Wachter (2010) relata que alguns hospitais encontraram uma média de 50 a 100 etapas, entre a decisão de prescrever e a chegada do medicamento ao paciente.

Em estudo realizado por Silva e Cassiani (2013), com o objetivo de analisar os riscos potenciais do processo de administração de medicamentos anti-infecciosos, por via intravenosa, as autoras identificaram 52 modos de falha, 79 efeitos de falha e 285 causas de falhas. Ou seja, a possibilidade de erro permeia diariamente e muitas vezes a assistência ao paciente.

Existem várias estratégias para se evitar o erro de medicação, estas envolvem ações para se reduzir os erros relacionados à complexidade da informação (acesso da equipe à prescrição eletrônica, participação do farmacêutico na discussão de casos, passagem de plantão adequada); ações para erros relacionados aos medicamentos de alta vigilância (restringir o livre acesso nos locais de atendimento ao paciente, rotular os medicamentos indicando o perigo, diferenciar os medicamentos com similaridade de embalagens); e, redução de erros relacionados à múltiplas tarefas realizadas simultaneamente (transferir as tarefas de

diluição e preparação para farmácia, envolver o paciente na verificação de sua própria identificação e de suas alergias, realizar duplas checagens, padronizar equipamentos e suprimentos) (VINCENT, 2009).

Tradicionalmente, a equipe de enfermagem faz o uso dos cinco certos para evitar os erros na administração de medicamentos, que gradualmente foram evoluindo para tantos outros certos. Elliott e Liu (2010) propõem que os certos sejam expandidos para nove, que se relacionam ao paciente certo, medicamento certo, via certa, dose certa, hora certa, documentação certa, ação certa da droga, forma farmacêutica certa e resposta certa ao medicamento. Independe do número de certos, o importante é que os autores sugerem que os enfermeiros não administrem cegamente os medicamentos, mas que tenham conhecimento e intervenham nas situações de erros em potencial.

A situação de risco que se refere ao paciente de posse de medicação domiciliar durante internação foi apontada pelo grupo como uma fragilidade na CMM, bem como a respectiva ação de melhoria. Esta situação envolve questões arraigadas na cultura organizacional. É necessário que exista procedimento definido que padronize a conciliação desses medicamentos com os prescritos no hospital, durante o transcurso do atendimento. Esta é uma das metas de segurança do paciente estabelecida pela *Joint Commission* (2008), nos Estados Unidos.

Estimular o paciente e seus familiares a serem agentes da segurança, realizando perguntas pertinentes e ouvindo as respostas, podem ser ações efetivas para solucionar grande parte do problema, bem como estabelecer uma lista exata de medicamentos na admissão e transferência do paciente (JOINT COMMISSION, 2008).

5.6.3 Prevenção de erros de identificação do paciente

A identificação do paciente faz parte das metas internacionais para sua segurança (WHO, 2012d) e na realidade nacional é considerado o primeiro passo para uma assistência segura (AVELAR *et al.*, 2010).

Os erros relacionados às falhas de identificação parecem grotescos e fora da realidade vivida em organizações de saúde brasileiras. Porém, estes ocorrem e existem vários casos relatados na mídia e na literatura nacionais e internacionais. Um destes se refere ao artigo *The Wrong Patient* (WU, 2000), no qual é relatada a análise de um evento adverso de troca de paciente com realização de procedimento invasivo. O autor destaca que uma das defesas mais importantes, que falhou neste caso, foi a ausência de um protocolo de identificação do paciente.

As medidas recomendadas envolvem as várias fontes de identificação dos pacientes, como pulseiras e etiquetas; locais que devem ser identificados, como leito e local de guarda de sua medicação, nos seus documentos (prontuários, resultados de exames) e frascos para exames.

É recomendado estabelecer na instituição protocolo que aborde as situações de pacientes homônimos, com identidade desconhecida ou que recusem a identificação. Faz-se importante também o uso de, pelo menos, dois identificadores. Como exemplo, pode-se citar o nome e data de nascimento; assim como padronizar o membro onde será colocada a pulseira ou etiqueta (AVELAR *et al.*, 2010). A presença de um protocolo é essencial, porém é imprescindível que a equipe multiprofissional compreenda a relevância desta ação, e a incorpore ao seu cotidiano por meio de atitudes e comportamentos. Ademais, conferência sistemática da identificação, com envolvimento do paciente e seu familiar, pode prevenir muitos erros.

5.6.4 Prevenção de erros relacionados a processos de comunicação

A comunicação pode ocorrer das mais variadas formas, podendo ser verbal, não verbal, escrita, telefônica, eletrônica, e é essencial que ocorra de forma adequada, permitindo que as pessoas se entendam (AVELAR *et al.*, 2010). Existem momentos críticos nos quais a comunicação pode qualificar a segurança da assistência dispensada ao paciente. Estas situações se referem aos problemas identificados no presente estudo.

O grupo apresentou questões que se referem, essencialmente, a problemas relativos a processos de comunicação. Citaram registros incompletos ou inverídicos e passagens de plantão. A falha relacionada à comunicação constitui a principal causa identificada nas análises de causa-raiz dos erros mais graves que atingem os pacientes (WU, 2000; LANDRIGAN, LYONS, 2012).

Existem diversas estratégias e ações propostas por autores relacionadas a diferentes modalidades de passagem de plantão. Recomendam que sejam valorizadas as ações que se referem ao ambiente tranquilo e sem interrupções no qual ocorre a comunicação, um roteiro que contenha informações básicas a respeito do paciente (nome, medicamentos, resultados de exames, tratamento, alterações nas condições clínica e recomendações sobre os cuidados) e o registro das informações em instrumento padronizado na instituição, sendo importante ressaltar que este processo deve ser interativo, com oportunidade de perguntas e respostas (LANDRIGAN, LYONS, 2012; SIQUEIRA, KURCGANT, 2005; AVELAR *et al.*, 2010).

Quanto aos registros escritos em prontuário, estes devem ser legíveis, sem possibilidade de dupla interpretação, objetivos, sem julgamentos pessoais, com o uso apenas de abreviaturas padronizadas pela instituição. O preenchimento de requisições e formulários deve ser completo, as anotações devem conter data, horário e identificação do profissional (SILVA *et al.*, 2007; AVELAR *et al.*, 2010).

Destaca-se que, entre os 30 projetos previstos no Plano Estratégico 2012-2015 do HC/UFPR, consta um sobre prontuário Eletrônico do paciente, que é visto como uma medida de segurança.

A JOINT COMMISSION (2008) recomenda que, a princípio, é necessário que haja um esforço para diminuir os gradientes de autoridade na organização a fim de melhorar a efetividade da comunicação, de modo a torná-la um processo seguro, realizado de modo horizontal, em que todos têm o direito de falar e serem ouvidos. Isso evitaria problemas, como o citado pelo grupo, relativo à inibição na comunicação entre um profissional que se sente em posição de inferioridade em relação a outro.

5.6.5 Prevenção de erros devido a condições latentes desfavoráveis na estrutura organizacional

Ao analisar o problema de falta de supervisão direta pelo enfermeiro nas 24 horas e ausência de protocolos, apontados pelos participantes, depara-se com condições organizacionais e dos serviços que estão latentes, e que tornam a assistência muito vulnerável a erros.

Elementos como a organização das equipes, os recursos, a carga de trabalho, as políticas, os protocolos, os procedimentos e decisões constituem a estrutura organizacional, reflexo da cultura. Para mudá-los seriam necessárias decisões estratégicas, de modo que não estão totalmente sob a governabilidade das equipes da linha de frente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; REASON, 2000; OMS, 2011).

No HC/UFPR estão em fase de elaboração protocolos para prevenção de tromboembolismo venoso (TEV) e sepse, os quais podem ser considerados como muito pertinentes para se melhorar a segurança na assistência. Segundo Vincent (2009), a TEV é frequente, perigosa, podendo levar o paciente a óbito. Porém, em muitos casos é considerada evitável.

A prevenção de TEV é considerada uma prática segura com boa evidência por meio de medidas farmacológicas como o uso de Heparina, Varfarina e Aspirina; ou mecânicas como o uso de meia elástica ou com pressão pneumática. Está presente entre as estratégias fortemente encorajadas como medida de segurança pelo relatório da AHRQ (2013). Apesar das evidências serem fortes, Vincent (2009) salienta que a profilaxia é pouco usada ou usada inadequadamente.

Destaca-se que, entre os 30 projetos previstos no Plano Estratégico 2012-2015 do HC/UFPR, consta um sobre prontuário Eletrônico do paciente, outro sobre a Gestão Clínica por linha de cuidado e implantação de protocolos clínicos. Ambos os projetos são medidas relacionadas à segurança do paciente (HC/UFPR, Plano Estratégico, 2012).

Pode-se afirmar que os participantes elencaram problemas de relevância para a segurança do paciente na CMM.

Ademais, quatro das medidas propostas pelo grupo para melhorar a segurança na CMM baseiam-se em iniciativas internacionais, principalmente nas seis metas de segurança da WHO (2012d). São elas: alto risco para queda; alto risco para erro de medicação; falhas na comunicação (alto risco para registros incompletos ou inverídicos; risco de falhas na passagem de plantão/comunicação); risco de falha na identificação do paciente.

O Ministério da Saúde apontou a necessidade de seis protocolos a serem adotados como medidas de segurança, contemplando higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção à úlcera por pressão, identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos. Sendo que estes três foram considerados como fragilidades a serem trabalhadas pelo grupo em prol da segurança do paciente na CMM.

Constata-se que as questões de insegurança na assistência apontadas pelos participantes do grupo têm consonância com a literatura atual correlata, o que denota que os problemas são pertinentes e relevantes no quadro global de segurança na área da saúde, e que eles foram capazes de identificá-los com propriedade.

Porém, um fato chama a atenção, a necessidade de redução das infecções hospitalares não foi percebida como uma ação a ser trabalhada no HC/UFPR.

Questiona-se o porquê de infecções hospitalares não serem vistas como eventos adversos. Será que a infecção hospitalar, para este grupo, já está incorporada como um subproduto inerente à assistência hospitalar? Esta questão não foi enfatizada pelo grupo, apesar de que a pesquisadora, durante as suas exposições, tenha citado iniciativas internacionais para controle de infecção entre as medidas de segurança do paciente.

Pode-se afirmar que houve reflexão consistente sobre medidas de proteção ao paciente, bem como propostas para transformação da realidade. O grupo mostrou-se progressivamente crítico em relação ao cotidiano. A princípio, não se sentia parte da realidade institucional relacionada à segurança, mas ao compreendê-la com maior clareza, levantou hipóteses de solução e aplicou medidas para melhoria da segurança. Os participantes reconheceram que na instituição já existiam várias práticas com foco na segurança do paciente, mas que ainda eram desconhecidas ou desconsideradas por seus elementos.

5.7 A EFETIVIDADE DO PROCESSO DE CONSULTORIA INTERNA NA PRÁTICA DO GERENCIAMENTO DE RISCOS

A realização da consultoria inspirada em Seiffert (2011a) e Oliveira (2010), com foco no Programa de Segurança do Paciente do HC/UFPR e, especificamente na prática do gerenciamento de riscos, possibilitou a evolução do grupo rumo à adesão consciente na CMM.

O grupo atingiu todos os objetivos programados. O Arco de Charles Maguerez se mostrou um verdadeiro caminho pedagógico para pesquisadora, viabilizando o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo do grupo. Cada etapa foi vivenciada na proposta deste método (BERBEL, 1999). Acrescentou-se uma etapa final, inspirada em Oliveira (2010), relativa ao acompanhamento e avaliação, e a conclusão, em que o consultor se desliga do processo.

O encontro preliminar revelou-se um momento de suma importância para a realização da consultoria, que dependia da participação ativa de um grupo de pessoas comprometidas com os objetivos e resultados do processo coletivo. Foi essencial dispensar tempo para o planejamento e desenvolvimento da consultoria com o grupo, explanação dos objetivos com clareza e objetividade, ainda que os participantes tenham passado por uma pré-seleção, mediante indicação das lideranças da CMM. Neste momento é que cada um percebe o que é esperado de si. A metodologia ativa (participante) e a problematização exigem muito das pessoas, tanto no transcorrer das oficinas, como nas atividades que são desenvolvidas fora delas.

Destacam-se alguns pontos no longo caminho de seis meses percorrido por todos os participantes do grupo.

Na etapa inicial de Observação da Realidade os participantes foram levados a observá-la de uma maneira crítica e identificaram aquilo que se mostrava, a princípio de forma evidente, pelos dados de notificações hospitalares apresentados; preocupante, pelos riscos aos pacientes e profissionais; e problemática, porque requer mudança da realidade de (in) segurança. E nesta etapa emergiram várias questões relacionadas às necessidades a fragilidades de segurança e consequentes melhorias necessárias. Porém, havia atividades programadas para um tempo

delimitado ao desenvolvimento dos trabalhos da consultoria, como ocorre geralmente em todo processo similar, até o desligamento do consultor. Portanto, o grupo foi incentivado a estabelecer prioridades na seleção dos problemas a serem solucionados.

Assim que o grupo se apropriou das informações a respeito da sua realidade, houve a percepção da multideterminação dos problemas. Os conceitos da segurança emergiram de forma lógica, quando o grupo refletiu criticamente sobre seu cotidiano. Já no primeiro encontro da etapa da observação, os princípios-chaves da segurança do paciente surgiram no discurso dos participantes, ainda que não tivessem sido formalmente apresentados ao grupo. A identificação de pontos-chave pelo grupo estava planejada para a próxima oficina.

Foi no segundo encontro da etapa de Definição dos Pontos-chave que o grupo se mostrou mais ativo e participante. Os pontos-chave foram expressos de várias formas: apresentação de questões básicas, afirmações sobre aspectos dos problemas, tópicos a serem analisados (COLOMBO; BERBEL, 2007), e principalmente sentimentos afloraram. Esta etapa constituiu-se a mais longa do método (três encontros) e, conseqüentemente, com o maior número de falas relevantes.

A etapa se mostrou rica, não apenas pela consistência das falas como no momento em que um participante solicitou à pesquisadora que realizasse uma avaliação do grupo, fato que comprova que os participantes estavam comprometidos com os objetivos e resultados dos trabalhos. Portanto, constatou-se como é indispensável o planejamento e a transparência dos produtos esperados para cada uma das diferentes etapas, o que viabiliza o acompanhamento do desenvolvimento da consultoria pelo grupo e a avaliação por parte do consultor.

A partir da etapa de Definição dos Pontos-chave o grupo se mostrou seguro ao propor mudanças na realização das atividades, em especial àquelas para as quais a proposta era de trabalho individual. Os participantes demonstraram preferência de que a construção das atividades fosse coletiva. Esta situação remete à comprovação de que o trabalho em grupo qualifica a reflexão e o aprendizado, inicialmente. Todavia, o consultor também deve priorizar o desenvolvimento individual e a autonomia intelectual, visando ao '[...] pensamento crítico e criativo e também a preparação para uma atuação política (BERBEL, 1999, p. 2).

Portanto, o consultor necessita refletir sobre o que de fato é a flexibilidade, que não se constitui apenas de o ser em relação a número e duração de encontros, mas também a possibilidade de mudança na estrutura de suas propostas.

A utilização da Metodologia da Problematização na consultoria pode mobilizar “diferentes habilidades intelectuais” nos participantes, o que exige empenho e rigoroso planejamento (COLOMBO; BERBEL, 2007, p. 124).

Aplicar o método demanda estar atento e preparado para duas situações: não se angustiar e exigir um ritmo mais rápido ao grupo, quando este é mais lento; e para a situação inversa, quando o grupo é mais rápido, ou mais focado, ter sempre a etapa seguinte planejada e preparada para a execução. Foi possível perceber que, na prática, as etapas do método não são estanques e claramente delimitadas, porque em um encontro é possível que se desenvolvam as cinco etapas do Arco, uma vez que elas se permeiam em determinados momentos. É indispensável a sensibilidade do consultor para analisar a situação, no tocante à necessidade de aprofundamento de uma dessas etapas no momento ou de sua postergação, com os devidos acordos e explicações ao grupo.

É recomendado que seja considerada uma questão essencial ao sucesso do trabalho: todos os encontros são passíveis de atrasos e cancelamentos. Um grupo com líderes e profissionais da linha de frente é susceptível a estas situações e, por conseguinte, o planejamento do consultor deve ser flexível. Precisa considerar as adversidades temporais, de curto e médio prazos, incluindo ausências de elementos previstas, tais como férias, licenças e demais afastamentos planejados.

As oficinas, considerando as cinco etapas do Arco de Maguerez, foram constituídas por sete encontros (excluídos o encontro preliminar e a etapa avaliação e desligamento do consultor). O maior número de encontros se deu até a etapa de teorização (cinco), confirmando que todo o estudo até a etapa da Teorização é o que serve de base para Transformação da Realidade (COLOMBO; BERBEL, 2007).

Porém, o grupo demandou um desfecho, uma avaliação após o acompanhamento pela consultora, que se concretizou com o encontro final em que ela expôs os resultados e recomendações para continuação dos trabalhos pelos participantes ao longo de sua prática profissional na CMM. Esta devolutiva despertou nos participantes sentimentos de orgulho e satisfação com o trabalho por eles realizado.

A avaliação realizada pelo grupo corrobora o pressuposto de que o método da problematização viabilizado pelo Arco de Maguerez permite a autonomia intelectual e a atuação política dos indivíduos. Pode-se dizer que, no caso desta proposta de consultoria, aumentou as perspectivas de adesão ao Programa de Segurança do Paciente em um serviço com fragilidades no gerenciamento de risco.

6 CONCLUSÃO

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará a seu tamanho original” (Albert Einstein)

Neste capítulo são apresentadas as conclusões referentes ao processo de consultoria interna, aplicado na CMM, bem como ao programa de segurança do paciente adotado no HC/UFPR.

Com o intuito de colaborar com o Programa de Segurança do Paciente no HC/UFPR foi desenvolvido este estudo em que foram alcançados todos os objetivos.

Descreveu-se o referido programa sob as perspectivas histórica, política e conceitual, enfocando o gerenciamento de riscos como método para aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança do paciente.

Consoante ao objetivo de analisar o Programa de Segurança do Paciente do HC/UFPR sob a ótica do Programa Nacional de Segurança do Paciente, foram comparadas as estratégias realizadas no hospital com as estratégias de implementação desse plano nacional, contempladas na proposta de resolução da ANVISA (BRASIL, 2013b).

Destaca-se que há dez anos o hospital possui uma área específica que tem implantado ações gradativas para melhoria da segurança. Obteve e mantém a certificação de Hospital Acreditado Nível 1 pela Organização Nacional de Acreditação desde 2011.

Os aspectos de destaque do Programa de Segurança do Paciente da instituição em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde referem-se à análise de incidentes, de modo geral, independente de suas consequências ao paciente, incluindo além de eventos adversos e demais erros, os considerados quase erros. Todos eles são avaliados, tratados e monitorados de forma corretiva e preventiva.

Existem políticas estabelecidas, medidas preventivas e planos de ação, baseados no gerenciamento de riscos, bem como disseminação de ações baseadas nos seus resultados. No hospital são desenvolvidas ações que comprovam um Gerenciamento de Riscos consolidado.

Salientam-se as ações desenvolvidas para prevenção de quedas de pacientes, respaldadas por protocolo institucional, que envolve o paciente e familiar em sua própria segurança. Da mesma forma, há processo de identificação de paciente consolidado em procedimento operacional padrão (POP).

Além do Grupo de Prevenção de Quedas, desenvolvem trabalhos na área de segurança do paciente o Comitê de Cuidados com a Pele, que trata também da prevenção de úlcera por pressão; o Comitê Transfusional; o Grupo de Trabalho de Segurança na Cadeia Terapêutica Medicamentosa, a Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares, a Comissão de Padronização de Equipamentos e Novas Tecnologias, a Comissão de Padronização de Medicamentos o Comitê de Segurança Cirúrgica. Tais iniciativas demonstram os esforços da instituição para atendimento a vários riscos que necessitam do desenvolvimento de estratégias para serem prevenidos, e que estão contemplados na proposta nacional.

É necessário aprimoramento de estratégias voltadas a questões que se relacionam aos processos de comunicação efetiva dos profissionais, respaldados por protocolos multiprofissionais e institucionais de assistência e alta, valorizando a continuidade do tratamento do paciente. Cada situação de transferência do cuidado do paciente pela equipe multiprofissional deve estar esclarecida. Constitui também uma oportunidade de melhoria o desenvolvimento de protocolos e a adoção de atitudes pelos profissionais que visem ao estímulo da participação do paciente e familiares.

O monitoramento das ações planejadas e das que estão em fase inicial de implantação são essenciais ao sucesso do gerenciamento de riscos. É recomendável que os responsáveis pelas questões da qualidade, em todos os níveis organizacionais, estejam atentos ao desenvolvimento de ações transversais com vistas a promover a integração do controle de infecção hospitalar no gerenciamento de riscos, bem como à adesão de todas as especialidades cirúrgicas ao Programa de Segurança Cirúrgica.

Essas ações poderão melhorar a interface entre os serviços para o adequado desenvolvimento do programa, de forma mais consistente, com alinhamento de processos que possuem objetivos muito semelhantes.

O gerenciamento de riscos apresenta desafios para que a melhoria do nível de segurança seja, de fato, alcançada e que se perceba uma cultura de segurança

institucional favorável. Para tal, os profissionais, que desenvolvem as estratégias, que o viabilizam, necessitam estar vigilantes tanto em relação ao seu próprio desenvolvimento, como ao do programa de segurança do paciente. Recomenda-se que se mantenham canais de comunicação abertos, com divulgação dos resultados à comunidade hospitalar. Isso se justifica por ser desejável que os profissionais e demais colaboradores (alunos, residentes, professores) se sintam respeitados e acreditem no programa, que só se concretizará se todos, independentemente de cargo ou função, aderirem e se preocuparem em desenvolver ações para melhoria da segurança.

O Plano Estratégico do HC/UFPR, para o período 2012-2015, tem como um de seus 30 projetos a promoção da cultura de segurança com foco no paciente. Para que este se concretize está planejada como etapa inicial a aplicação do questionário HSOPSC da AHRQ, com o objetivo de identificar pontos fortes e fragilidades a serem trabalhadas para melhorar a cultura de segurança institucional. Conclui-se, portanto, que o Programa de Segurança do Paciente não está estagnado em algumas etapas e ações que operacionalizam o gerenciamento de riscos, revela-se um programa dinâmico com intenções de crescimento e adesão a práticas inovadoras.

Os outros dois objetivos do trabalho relacionam-se ao desenvolvimento de um processo de consultoria interna em uma unidade assistencial, com foco no Programa de Segurança do Paciente do HC/UFPR, e a análise de sua efetividade na prática do gerenciamento de riscos pelos participantes.

Considera-se que houve participação satisfatória do grupo nos encontros. A média de participantes nos encontros foi de 70,34%. Os membros não estavam apenas fisicamente presentes, pois revelaram que construíram conhecimento. Demonstraram em suas falas e ações o seu entendimento sobre a lógica do método de gerenciamento de riscos adotado na instituição, e a necessidade e determinação de aderir ao modelo proposto. O grupo se mostrou coerente e assertivo ao intervir e transformar sua realidade.

Das 15 ações propostas para transformar a realidade da segurança na Clínica Médica Masculina, até o momento do último encontro, nove já haviam sido realizadas, quatro sofreram mudanças nas propostas iniciais, mediante

redirecionamento e duas não haviam sido implantadas. Os objetivos finais, na sua essência, portanto, foram atingidos, a realidade foi transformada.

O Programa de Segurança do Paciente desenvolvido na instituição foi visto sob uma nova ótica pelos participantes, com uma melhor compreensão das diferentes etapas. A aplicação à realidade se iniciou precocemente, inclusive com a disseminação de informações para o restante da equipe de saúde da CMM.

O grupo mostrou-se consciente e comprometido com a proposta do estudo, fato comprovado pela sua demanda por um encontro final, que exigiu um caminho metodológico além das etapas inicialmente propostas pelo Modelo de Consultoria Interna para a Gestão da Qualidade de Seiffert (2011a), fonte de inspiração para a consultoria realizada neste estudo.

Houve interesse do grupo em conhecer os resultados, em serem avaliados quanto aos esforços realizados durante as oficinas. Seus participantes revelaram que modificaram seu cotidiano e atitudes no seu cenário de trabalho, sob um novo olhar desenvolvido nos trabalhos.

Ao realizar a auto-avaliação, os participantes revelaram mudanças em seu modo de agir, pensar e enxergar criticamente as situações da realidade e denotaram preocupação em disseminar os conhecimentos construídos aos demais profissionais da equipe de saúde da CMM e UNICLIN.

Diante dos resultados atingidos o método se apresentou efetivo, apresentando percentual satisfatório de presença dos participantes (70,34%), considerando que dois membros tiveram férias no mês de dezembro, em nove encontros, com um total de doze horas e cinquenta e cinco minutos. A média de duração dos encontros foi de uma hora e vinte seis minutos, e intervalo de 5,6 dias entre eles. Pode-se inferir que a consultoria interna desenvolvida é passível de aplicação em demais serviços/unidades com fragilidade no gerenciamento de riscos, como estratégia de educação permanente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Unsafe acts are like mosquitoes. You can try to swat them one at a time, but there will always be others to take their place. The only effective remedy is to drain the swamps in which they breed. In the case of errors and violations, the "swamps" are equipment designs that promote operator error, bad communications, high workloads, budgetary and commercial pressures, procedures that necessitate their violation in order to get the job done, inadequate organization, missing barriers, and safeguards . . . the list is potentially long but all of these latent factors are, in theory, detectable and correctable before a mishap occurs.

(REASON, 1994)

Neste capítulo são apresentadas as considerações finais abordando o alcance dos objetivos propostos, a utilidade do trabalho, bem como as limitações e as facilidades para realização do estudo.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná é um Hospital de Ensino componente do Sistema Único de Saúde. Tem como missão "[...] ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde [...]" as necessidades da população (HC/UFPR, 2012c). Destacam-se dentre os diversos valores a serem assumidos pela sua comunidade: a Segurança, o Profissionalismo, a Produção e Socialização do Conhecimento, o Comprometimento com o Ensino e Qualidade.

O processo de consultoria interna realizado com profissionais da UNICLIN/CMM teve consonância com a missão do hospital e seus valores. Os produtos esperados foram integralmente obtidos. A aplicação do gerenciamento de riscos, por meio das etapas de notificação e desenvolvimento de estratégias para melhorar a segurança, concretizou-se em ações consistentes, que transformaram, de fato, a realidade da CMM.

Os resultados devem-se, em parte, às características de um estudo desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional, com possibilidades de aplicação prática. Uma das facilidades encontradas foi a aceitação do pesquisador pelos participantes, pelo fato de ser um integrante da equipe multiprofissional do hospital, que possui objetivos semelhantes aos seus e interesses genuínos em

melhorar a realidade. O acesso às informações também consistiu um fator determinante para realização do estudo.

Destaca-se como outra facilidade, o momento político de mudança de modelo de gestão na CMM para unidade gerencial. Os objetivos da consultoria acenavam para uma possibilidade de auxiliá-los, esclarecendo questões ainda obscuras e desconhecidas por parte das lideranças e dos profissionais da linha de frente. Infere-se, portanto, que a participação nas oficinas constituiu um exercício ao novo modelo de gestão participativa que valoriza o compartilhamento dos problemas, decisões e resultados pelos diferentes sujeitos.

Algumas dificuldades foram encontradas como os atrasos no comparecimento aos encontros das oficinas, o cancelamento de um encontro e férias de dois participantes em dezembro. Ressalta-se, porém, que estes constituem obstáculos a uma pesquisa, que possui tempo delimitado para sua conclusão. Já na condução de um processo de consultoria interna, na prática, essas são facilmente contornadas.

Como limitação do estudo, destaca-se a composição do grupo, que embora tenha sido anteriormente citada como um ponto forte, em consequência do caráter multiprofissional e da presença de lideranças formais, infere-se que a presença de um médico teria contribuído no desenvolvimento dos trabalhos.

Apesar de a iniciativa de realizar o estudo ter sido fortemente incentivada pela Chefia Médica da CMM, na prática houve uma restrição muito grande em relação à agenda deste profissional. Constituindo esta uma questão a ser futuramente estudada: como viabilizar a participação do médico?

Percebe-se que a consultoria interna proposta e desenvolvida demanda conhecimento profundo por parte do consultor sobre o tema e a problemática que serão abordados e do método em si. Constituem também elementos determinantes a flexibilidade de horários e datas dos encontros, bem como das estratégias pedagógicas.

O consultor necessita estar atento para reagir ao ritmo do grupo, que está susceptível às pressões enfrentadas, tanto pela equipe da linha de frente como pelas lideranças. Portanto, é necessário planejar rigorosamente as atividades, estando preparado para recuar ou avançar conforme a situação se apresenta.

A realização das oficinas possibilitou compreender que a mudança de cultura de segurança é lenta, gradual e apresenta desafios, parcialmente explicável pelos sentimentos que mobiliza nas pessoas. A mudança de cultura de segurança envolve não apenas a mudança de simples hábitos, mas também implica a abordagem de questões polêmicas, como a culpa, a responsabilização, a competência profissional, o comodismo, os sentimentos de frustração e inferioridade.

Apesar de alguns autores partirem da premissa de que em instituições públicas a mudança necessária ao progresso é significativamente mais lenta que nas privadas, não se pode generalizar e perder a esperança. Deve-se acreditar que com estratégias adequadas é possível a compreensão acerca dos profissionais e o ambiente em que desempenham suas atividades, a fim de que seja possível trabalhar as mudanças necessárias. Certamente, os profissionais de saúde de instituições públicas almejam, assim como seus colegas de instituições particulares, desenvolver seu trabalho com eficiência, qualidade e segurança para o paciente, de forma responsável e competente.

Quando o objetivo consiste em melhorar a segurança na assistência à saúde, não se está tratando de reduzir o número de papéis ou processos envolvidos em uma atividade burocrática, a fim de aumentar a satisfação do cliente. As questões que devem ser abordadas envolvem a proteção da vida com qualidade, a prevenção de mortes desnecessárias e de sequelas a pessoas que, frequentemente, desconhecem seus direitos e obrigações.

Parece injusto, também, analisar superficialmente as instituições públicas de saúde. Elas são parte de um sistema de saúde complexo, que embora tenha como princípio a descentralização, ainda muitas decisões são centralizadas e emperram iniciativas proativas, criativas e inovadoras.

Todavia, as instituições públicas deveriam usufruir de lideranças fortes e responsáveis em todos os níveis organizacionais, que ao exigirem melhorias, dêem condições de realização, considerando a realidade, por meio de análises profundas, nas raízes de seus problemas.

É óbvio que são as pessoas que criam a segurança, elas buscam construir nas instituições de saúde sistemas desenhados para o acerto, mas pode ocorrer que os construam sem método ou organização. Porém, quando o dano a um paciente

ocorre, são as equipes da linha de frente que sofrem, junto aos pacientes e familiares, as piores consequências de seus atos, porque respondem também, pelos atos ou omissões de outros profissionais e da gestão, os quais estão ocultos.

A primeira ação relacionada à segurança que um trabalhador de instituições de saúde deveria ter oportunidade de realizar é a de analisar o ambiente de trabalho e o quanto a cultura organizacional valoriza a segurança. Por outro lado, se ele se acostumar com o que lhe for apresentado, sob a justificativa de que “aqui é assim mesmo”, sem julgamento crítico e sem o mínimo instinto de auto-preservação, estará se corrompendo pelo sistema e se comprometendo moralmente. Isto pode ocorrer também se desconhecer o sistema certo, em consequência das deficiências da formação ou capacitação que recebeu.

Wachter (2010) refere que para explodir um quarto cheio de gás é necessário que alguém acenda um fósforo. Mas por que o quarto está tão inseguro? Por que o deixamos ser preenchido pelo gás? Será que ele não deveria ser interditado, e proibida a entrada de pessoas?

Diante de determinadas situações é frustrante exigir segurança, os problemas estão na sua essência. Por sua vez, o uso de novas tecnologias constitui um importante aporte para o conhecimento e a prática segura nas instituições de saúde.

Muitos procedimentos já possuem riscos inerentes à sua complexidade, embora a sua realização se justifique para o melhor atendimento das necessidades do paciente. Todavia, com frequência os profissionais se obrigam a improvisarem, devido a problemas relativos à tecnologia, tais como ausência de material, ou baixa qualidade de material e equipamentos, situação que pode agregar ainda mais riscos ao que já é perigoso.

Contudo, é mister que os profissionais estejam adequadamente capacitados e atualizados em relação aos seus conhecimentos e melhores práticas existentes, para compreenderem e saberem defender com propriedade o melhor para o paciente. Torna-se essencial o embasamento científico. Por sua vez, é imprescindível que a instituição desenvolva estratégias de educação permanente para mantê-los capacitados.

Destaca-se que os valores monetários repassados aos hospitais públicos, com frequência, sequer cobrem os gastos mínimos de um procedimento, e a

situação demanda comportamentos arriscados, tentativas heróicas, para se atender as necessidades dos pacientes.

É necessário que as indústrias farmacêuticas e de materiais médico-hospitalares estejam comprometidas e sejam fiscalizadas quanto ao impacto da segurança que seus produtos oferecem ao universo do atendimento à saúde. Por outro lado, é importante que as instituições hospitalares envidem esforços na gestão de materiais e equipamentos hospitalares que viabilizem a aquisição de recursos seguros para a assistência.

Já a composição das equipes de enfermagem no Brasil apresenta-se em uma situação inversa ao ideal, na maioria das instituições. É atribuída uma segurança maior à assistência ao paciente quando realizada por enfermeiros (JOINT COMMISSION, 2008), porém, as equipes, na maioria das instituições hospitalares, são compostas por auxiliares e técnicos de enfermagem, que por exigências do cotidiano se vêem pressionados a realizarem atividades que não lhes competem.

Portanto, parte-se de uma situação de desvantagem, trabalha-se em condições mais inseguras que as apontadas em estudos americanos e de outros países desenvolvidos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; VINCENT, 2009; WACHTER, 2010; JOINT COMMISSION, 2008).

Consequentemente, é necessário aprofundar o conhecimento da realidade da segurança em instituições de saúde no Brasil e, como neste estudo, viabilizar processos a fim de transformá-la de forma adequada, ajustada aos seus problemas e padrões.

A consultoria interna desenvolvida em um processo participativo com o uso da problematização como opção pedagógica utilizou de estratégias que envolvessem as pessoas em uma construção coletiva do conhecimento, incentivando-as a enxergarem a realidade com outros olhos a fim de que se percebessem capazes de transformá-la.

O estudo, para pesquisadora, representou um grande avanço em sua prática profissional, proporcionado pela necessidade de embasamento científico, aplicação dos conhecimentos e uma imersão profunda na realidade da instituição, o que oportunizou, assim como para o grupo, enxergar a realidade sob outra ótica. Possibilitou também, a realização de uma análise crítica sobre o gerenciamento de riscos do hospital, identificando fragilidades a serem trabalhadas.

Recomenda-se que consultorias internas como a desenvolvida sejam realizadas não somente no Gerenciamento de Riscos, mas em outros programas que impliquem em melhorias nos processos assistenciais e administrativos nos hospitais.

Os resultados obtidos ofereceram informações relevantes à Assessoria de Gestão da Qualidade do HC/UFPR para a tomada de decisão em relação às melhorias no gerenciamento de riscos.

Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para a evolução do conhecimento e aplicabilidade de estratégias e técnicas para aperfeiçoamento e consolidação de programas similares que visam à segurança do paciente, em outros serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AHRQ - AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices**. Rockville: AHRQ, 2001. Disponível em: <https://www.premierinc.com/safety/topics/patient_safety/downloads/23_AHRQ_evidence_report_43.pdf>. Acesso em: 25/04/2013.

_____. _____. **Patient Safety Network**. Disponível em: <www.psnet.ahrq.gov/glossary.aspx>. Acesso em: 05/06/ 2013.

ALMEIDA, E. T. (coord.). **Boletim Epidemiológico HC-UFPR - Informativo do Serviço de Epidemiologia, SCIH e Hospital Sentinela**. Curitiba, n. 13, 2013. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/files/10boletimabril2013_10_04.pdf>. Acesso em: 15/05/ 2013.

ANVISA. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/hsentinela/index.htm>>. Acesso em: 10/05/2012.

AVELAR, A.F.M. *et al.* **10 Passos para a Segurança do Paciente**. São Paulo: COREN SP; REBRAENSP, 2010. Disponível em: <http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 11/03/2011.

BAGIAN, J.P. *et al.* Developing and deploying a patient safety program in a large health care deliver system: You can't fix what you don't know about. **Jt Comm J Qual Improv**, Ann Arbor, v.27, p.522–532, 2001.

_____. *et al.* The Veterans Affairs root cause analysis system in action. **Jt Comm J Qual Improv**, Ann Arbor, v.28, n.10, p.531-545, Out. 2002. Disponível em: <http://www.ph.ucla.edu/hs/HS422_Bagian_article_W06.pdf>. Acesso em: 10/05/2012.

BERBEL, N. A. **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Ed. UEL, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N°. 63 de 25 de novembro de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 227, p.44, 28 nov. 2011. Seção 1.

_____. _____. Gabinete do Ministro. **Portaria n.529 de 1° de abril de 2013**. Diário Oficial Da União, Brasília, DF, n.62, p. 43, 02 abr. 2013a. Seção 1.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N°. 36 de 25 de julho de 2013**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.143, p.32, 26 jul. 2013. 2013b. Seção 1.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. A Metodologia da Problemática com o Arco de Maguerez e a sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, 2007.

COREN-RJ. Disponível em: <http://www.coren-rj.org.br/site_novo_local/portal/index.php>. Acesso em: 14/06/2013.

Draft Slide layout. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/Sessao1_PT.pdf>. Acesso em: 07/07/2013

ELLIOT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. **British Journal of Nursing**, Cambridge, v.19, n.5, p. 300-305, 2010. Disponível em: <<http://rn-transition-programs.wikispaces.com/file/view/9RightsMedAdm2010.pdf>>. Acesso em: 15/05/2013.

FELDMAN, L. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2008.

GABRIEL, C.S. *et al.* Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.5, p. 09 telas, set.-out, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_24.pdf>. Acesso em: 07/07/13.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GLOBO. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2011/12/auxiliar-de-enfermagem-que-aplicou-vaselina-tem-processo-suspenso.htm>>. Acesso em: 10/07/2012.

GRIFFIN, F. A.; RESAR, R. K. **Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second edition)**. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2009. Disponível em: <<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>>. Acesso em: 10/12/2011. (IHI Innovation Series white paper)

HC/UFPR. Comissão de Acreditação Hospitalar. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 75, realizada no dia onze de maio. 2007a.**

_____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 78, realizada no dia catorze de setembro. 2007b.**

_____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 93, realizada no dia cinco de dezembro. 2008.**

_____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 97, realizada no dia vinte e oito de agosto. 2009a.**

_____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 100, realizada no dia quatro de dezembro. 2009b.**

_____. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Relatório do Hospital Sentinela**. Curitiba, 2010a.

_____. Assessoria de Gestão da Qualidade. **Regimento interno**. Curitiba, 2010b.

_____. Comissão de Acreditação Hospitalar. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 101, realizada no dia vinte e cinco de janeiro. 2010c.**

_____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 102, realizada no dia vinte e seis de março. 2010d.**

_____. Comitê da Qualidade. Assessoria de Gestão da Qualidade. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 103, realizada no dia trinta de março. 2010e.**

_____. _____. Assessoria de Gestão da Qualidade. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 104, realizada no dia vinte e dois de abril. 2010f.**

_____. _____. Assessoria de Gestão da Qualidade. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 106, realizada no dia vinte de agosto. 2010g.**

_____. _____. Assessoria de Gestão da Qualidade. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 110, realizada no dia quinze de dezembro. 2010h.**

_____. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Relatório do Hospital Sentinela**. Curitiba, 2011a.

_____. Comitê da Qualidade. Assessoria de Gestão da Qualidade. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 112, realizada no dia quatro de fevereiro. 2011b.**

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 113, realizada no dia quatro de março. 2011c.**

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 114, realizada no dia dezoito de março. 2011d.**

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 121, realizada no dia dois de dezembro. 2011e.**

_____. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Assessoria de Gestão da Qualidade. **Relatório do Gerenciamento de Riscos**. Curitiba, 2012a.

_____. _____. **Estatística de Internação**, 2012b.

_____. _____. **Plano Estratégico 2012-2015**. Curitiba, 2012c

_____. Comitê da Qualidade. Assessoria de Gestão da Qualidade. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 123, realizada no dia dezesseis de março. 2012d.**

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 125, realizada no dia quinze de junho. 2012e.**

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 126, realizada no dia vinte de julho. 2012f.**

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 127, realizada no dia sete de agosto. 2012g.**

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 128, realizada no dia vinte e dois de outubro. 2012h.**

_____. _____. _____. Curitiba. **Ata referente à sessão de número 129, realizada no dia catorze de dezembro. 2012i.**

HUGHES, R.G. (ed.). **Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseseshdbk/nurseseshdbk.pdf>>. Acesso em: 07/07/2013.

IPASS - INSTITUTO DE PLANEJAMENTO E PESQUISA PARA ACREDITAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE. **Relatório de Avaliação Diagnóstica do HC/UFPR.2010.**

_____. _____. **Relatório de Avaliação para Certificação do HC/UFPR.2011.**

_____. _____. **Relatório de Avaliação de Manutenção do HC/UFPR.2013.**

IOM - INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21 st century**. Washington DC: National Academies Press, 2001.

IHI - INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Disponível em: <<http://www.ihl.org/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 07/07/ 2012.

JOINT COMISSION RESOURCES. **Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington: National Academy of the Institute of Medicine, 2000.

LANDRIGAN, C. P.; LYONS, A. **I-PASS: Development of an Evidence-Based Handoff Improvement Program for Physicians and Nurses**. Massachusetts: Board of Registration in Medicine, Dec. 2012. Disponível em: <<http://www.mass.gov/eohhs/docs/borim/newsletters/qps-december-2012.pdf>>. Acesso em: 05/05/2013.

LEAPE, L. *et al.* Transforming healthcare: a safety imperative. **Qual Saf Health Care**, v.18, p.424-428, 2009. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/18/6/424.full>>. Acesso em: 08/08/2011.

MARX, D. **Patient Safety and the “Just Culture”**: A Primer for Health Care Executives. Columbia University and University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, 2001. Disponível em:

<<http://www.safer.healthcare.ucla.edu/safer/archive/ahrq/FinalPrimerDoc.pdf>>. Acesso em: 05/05/2012.

MARX, D. **Patient Safety and the Just Culture**. 27p. The Just Culture Community, 2007. Apresentação. Disponível em: <http://www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_safety/conference/2007/docs/patient_safety_and_the_just_culture.pdf> Acesso em: 07/07/2013.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J for Qual in Health Care**, v. 21, p.279-284, 2009.

MURFF, H. *et al.* Detecting adverse events for patient safety research: a review of current methodologies. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 36, p.131-43, 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046403000686>>. Acesso em: 01/07/2012.

NOTÍCIAS-UOL. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2013/06/05/apos-denuncia-de-cafe-com-leite-na-veia-laudo-aponta-que-idosa-morreu-de-infeccao-no-rj.htm>>. Acesso em: 06/06/2013.

OLIVEIRA, D.P.R. **Manual de Consultoria Empresarial**: conceitos, metodologia, práticas. 9.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf>. Acesso em: 04/04/2013

_____. _____. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>>. Acesso em: 05/05/2013.

ONA – Organização Nacional de Acreditação. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Noticia/190/Novas-Normas-Orientadoras-ja-estao-disponiveis-no-Portal-da-ONA>>. Acesso em: 08/08/2012.

_____. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006.

_____. **Manual da Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010.

PERRACINI, M. R. **Prevenção e Manejo de Quedas em Idosos**. 2010. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/idoso092.pdf>>. Acesso em: 05/05/2010

REASON, J. **Human Error**. New York: Cambridge University Press, 1990.

_____. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-70 2000.

Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>>. Acesso em: 05/07/2012.

RESAR, R. *et al.* **Using Care Bundles to Improve Health Care Quality**. IHI Innovation. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2012.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação Transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.11, p. 2199-2210, Nov, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n11/19.pdf>>. Acesso em: 11/03/2013.

ROTHBARTH, S. **Gestão da Qualidade**: um processo de acreditação hospitalar. Dissertação. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2011.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.1, p. 18-26, 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/1/18.full.pdf+html>>. Acesso em: 26/07/2012.

SEIFFERT, L.S. **Modelo de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a certificação de acreditação**. Dissertação. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

_____; WOLFF, L.D.G.; WALL, M.L. Notificação e investigação de eventos adversos graves em hospital. **Actas e comunicações da XI Conferência Iberoamericana de educação em enfermagem**, 2011, v.2, p. 567.

_____. *et al.* **Grupos Internos da Qualidade**: estratégia para a acreditação. Trabalho apresentado no IV Congresso Brasileiro dos Hospitais Universitários e de Ensino, 2011.

SHEKELLE, P.G., *et al.* **Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Mar. 2013. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyII-full.pdf>>. Acesso em: 11/04/2013.

SHERMAN, H. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 2-8, 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/1/2.full.pdf+html>>. Acesso em: 09/07/2012.

SILVA, A. E. B. de C.; CASSIANI, S. H. De B.. Análise prospectiva de risco do processo de administração de medicamentos anti-infecciosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, Fev. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700029&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05/05/2013.

_____. *et al.* Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.20, n.3, p.272-276, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a05v20n3.pdf>>. Acesso em: 11/03/2013.

SIQUEIRA, I.L.C.P.; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.18, n.4, p.446-451, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a15v18n4.pdf>>. Acesso em: 11/03/2013.

SORRA, J. *et al.* **Hospital survey on patient safety culture 2011 user comparative database report**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2011. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2011/hospSurv111.pdf>>. Acesso em: 11/11/2012.

THOMAS, E. J.; PETERSEN, L. A. Measuring Errors and adverse events in Health Care. **J Gen Intern Med**, v.18, p.61-67, 2003.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Hospital Incident Reporting Systems Do Not Capture Most Patients Harm**. January, 2012. Disponível em: <<https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00091.pdf>>. Acesso em: 01/05/2012.

VEJA. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/mulher-morre-apos-receber-cafe-com-leite-na-veia>>. Acesso em: 11/06/2013.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.

WEINGART, S. N. *et al.* Epidemiology of medical error. **BMJ**, v.320, p.774-777, 2000. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/320/7237/774.full>>. Acesso em: 05/05/2012.

WILD, D.; BRADLEY, E. The gap between nurses and residents in a community hospital's error-reporting system. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v.31, n. 1, p.13-20, Jan 2005.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety Taxonomy**. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>>. Acesso em: 10/07/2012a.

_____. *Programmes and Projects*. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>. Acesso em: 08/08/2012b.

_____. _____. Segurança do Paciente/Doente, o que é?. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/Sessao1_PT.pdf>. Acesso em: 07/07/2012c.

_____. _____. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 07/07/2012d.

WU, A. W. Medical error: the second victim. **West j Med**, v.172, p. 358-359, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070908/>>. Acesso em: 05/07/2012.

WU, A. W. **The Value of Close Calls in Improving Patient Safety**: Learning How to Avoid and Mitigate Patient Harm. Oakbrook Terrace, IL: Joint Comission Resources, 2011. Disponível em: <<http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=20341>>. Acesso em: 02/05/2013

ZAMBON, L. **Pontos Fundamentais para Transformar a Assistência em Saúde em um Processo Seguro**. 2010. Disponível em: <<http://www.sobramh.com.br/index.php?formulario=noticias&metodo=0&id=96&url=Zm9ybXVsYXJpbz1ub3RpY2lhcyZtZXRvZG89NCZpZD0mcGFnaW5hPTEmb3JkZW5hbWVudG9ub3RpY2lhcz1jb21lbnRhcmlvcyZvcmlbW5vdGljaWFzPWRIc2M=&voltar=sim>>. Acesso em: 08/07/ 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Denise Jorge Munhoz da Rocha e Lillian Daisy Gonçalves Wolff, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando, você membro da equipe multidisciplinar do Serviço de Clínica Médica Masculina a participar de um estudo intitulado “Sistema de Gerenciamento de Riscos em Hospital de Ensino: uma estratégia de aperfeiçoamento e consolidação”. Este estudo busca melhorar o nível de segurança para o paciente atendido nesta instituição, bem como para o profissional.

O objetivo desta pesquisa é aplicar um modelo de consultoria interna para intervenção em unidades de internação com baixa adesão às medidas propostas em um sistema de gerenciamento de riscos.

Caso você participe da pesquisa, será necessário comparecer e atuar em aproximadamente 12 oficinas no período de meados de maio de 2012 a agosto de 2013, e nas tarefas programadas, as quais serão discutidas e redefinidas pelo grupo. A duração de cada oficina será de aproximadamente uma hora. Haverá flexibilidade no número de etapas e conteúdos a serem abordados, de modo a respeitar as necessidades e ritmo do grupo.

Ao final de cada oficina, será gravada uma síntese das tarefas realizadas pelo grupo e a serem programadas. O seu anonimato será respeitado completamente. Tão logo transcrita a síntese e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

Não haverá riscos em consequência de sua participação na pesquisa, tendo em vista que será preservada a sua identidade.

Os benefícios desta pesquisa se traduzirão em um aprendizado coletivo a partir da realidade que capacita os membros da equipe multiprofissional a aplicar o sistema de gerenciamento de riscos proposto na instituição, melhorando o nível de segurança tanto para o paciente como para o profissional que nela atua.

O pesquisador Denise Jorge Munhoz da Rocha, enfermeira, responsável por este estudo poderá ser contatada na Assessoria de Gestão da Qualidade, na Rua Padre Camargo 530 sala 202, de segunda a sexta-feira no período da manhã, pelo

telefone 33607956 ou pelo e-mail denisejmr@uol.com.br para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (Orientadora Lillian Daisy Gonçalves Wolff quando for o caso). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.**

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Local e data

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional para a participação neste estudo.

Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE

Local e data

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o
TCLE _____

ANEXO

ANEXO

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - HCUFPR

PROJETO DE PESQUISA

Título: Sistema de Gerenciamento de Riscos em Hospital de Ensino: uma estratégia de aperfeiçoamento e consolidação

Pesquisador: Denise Jorge Munhoz da Rocha

Versão: 1

Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

CAAE: 02144512.0.0000.0096

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 22316

Data da Relatoria: 24/04/2012

Apresentação do Projeto:

O Hospital de Clínicas da UFPR iniciou sua busca por melhoria da qualidade da assistência em 2003, quando foi criada a Comissão de Acreditação Hospitalar. Desde então vem desenvolvendo estratégias para adequar-se aos critérios estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Em 2010 foi criada a Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ) trazendo melhorias de impacto para a instituição como um todo; incluindo a estruturação do Programa de Segurança do Paciente. Em agosto de 2011 o HC foi certificado pela ONA como Hospital acreditado nível 1, sendo que este nível tem como o foco principal a segurança dos processos desenvolvidos. Sistemáticamente o Hospital passa por avaliações de manutenção desta condição. Após as avaliações para diagnóstico e esta certificação do Hospital o gerenciamento de riscos em algumas áreas teve como resultado a observação a necessidade de consolidação do modelo com adesão nas unidades/serviços. A AGQ desenvolveu estratégia buscando solucionar o problema, porém os resultados obtidos não corresponderam a necessidade real. Recentemente foram identificadas fragilidades como um número inexpressivo ou ausência de notificações de eventos adversos em algumas unidades de internação hospitalar. As unidades com maior amadurecimento notificam em média de 10 a 15 eventos adversos e a unidade a ser estudada em 8 meses apresentou apenas uma notificação de evento adverso. Esses números apontam para a necessidade de intervenção visando a consolidação das medidas que buscam a promoção da cultura de segurança.

Este estudo será realizado no Serviço de Clínica Médica masculina com 10 membros da equipe multidisciplinar, a coleta de dados será realizada através de oficinas, cada uma delas pode ser desenvolvida em um ou mais encontros nas dependências da clínica médica masculina. O método utilizado será o da problematização mediante o arco de Maguerez, composto por 5 etapas: - Observação da realidade para a definição do problema e identificação das características que podem ser modificadas;

- Pontos-chaves, onde o grupo reflete sobre os possíveis fatores e determinantes relacionados ao problema;
- Teorização do problema onde são construídas respostas para o problema a partir do conhecimento científico;
- Formulação de hipóteses de solução;
- Aplicação a realidade.

As fases do Arco de Maguerez compreendem 6 etapas:

- Apresentação da proposta a equipe da Clínica Médica Masculina, seguida da contextualização do trabalho de grupo, abordando a realidade de adesão do serviço as ações programadas pelo Sistema de Gerenciamento de Riscos do HC/UFPR, será aplicado o TCLE;
- Primeira oficina onde será observada a realidade e definição do problema;
- Identificação dos pontos-chaves;
- Teorização com análise e discussão dos dados obtidos até o momento;
- Hipóteses de soluções com discussões das principais dificuldades na realização das notificações e investigações do serviço;
- Aplicação à realidade.

Após um mês será realizado um encontro para a discussão final sobre os resultados das oficinas e análise das notificações e investigações realizadas. Os registros dos diários de campo da pesquisadora e do observador, após cada encontro, serão digitados e utilizados para descrição e análise dinâmica da consultoria interna ao longo das oficinas.

A pesquisa será realizada de meados de maio a agosto de 2013.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Desenvolver estratégias para o aperfeiçoamento e consolidação do sistema de gerenciamento de riscos adotado na instituição.

Específicos:- Descrever o modelo de gerenciamento de riscos adotado no Hospital;

- Realizar consultoria interna para intervenção em unidade de internação com baixa adesão às ações programadas pelo sistema de gerenciamento de riscos do sistema do HC/UFPR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora declara que não haverá riscos em consequência da participação na pesquisa, tendo em vista que será preservada a identidade dos sujeitos. Os benefícios se traduzirão em um aprendizado coletivo a partir da realidade que capacita os membros da equipe multiprofissional a aplicar o processo de gerenciamento de riscos proposto na instituição, melhorando o nível de segurança tanto para o paciente como para o profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de intervenção voltado à gestão da qualidade que é um dos objetivos estratégicos do Hospital de Clínicas - UFPR. É uma pesquisa qualitativa, do tipo participante, que utilizará o método do Arco de Maguerez e a técnica de grupos operativos. É um estudo que está bem fundamentado teórica e metodologicamente e de grande relevância, visto que a implantação de um sistema de gerenciamento de riscos em um hospital terciário é um grande desafio e envolve uma estratégia muito organizada para capacitar e envolver todas as equipes da instituição. É uma dissertação de Mestrado da Enfermeira Denise Jorge Munhoz da Rocha com orientação da Dra. Lilian Daisy Gonçalves Wolff. Será realizado no Serviço de Clínica Médica Masculina do HC/UFPR de maio de 2012 a agosto de 2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se presentes as cartas de anuência do Departamento de Clínica médica, da Coordenação de Internação e da Direção de Enfermagem. Análise de mérito pela orientadora e pela coordenadora do programa de mestrado. Estão presentes os Links para o CV Lattes da pesquisadora e orientadora. TCLE está contemplado com linguagem clara e de acordo com o objetivo do estudo. Compromisso com a confidencialidade e preservação dos dados.

Recomendações:

Não existem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado aos objetivos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

CURITIBA, 16 de Maio de 2012

Assinado por:

Renato Tambara Filho